

Ere Salojärvi, Topias Seppälä & Eero Ulvinen

**MUISTISAIRAAN ASUKKAAN HOI-  
TOTYÖN KEHITTÄMINEN  
– HOITOTYÖN LAATUKRITEERIEN  
LAADINTA KOSKENRINTEELLE**

Kehittämistyö

Opinnäytetyö

Marraskuu 2015



| Tekijä   | Tutkinto       | Aika                        |
|--|----------------|-----------------------------|
| Ere Salojärvi, Topias Seppälä & Eero Ulvinen   | Sairaanhoitaja | Marraskuu 2015              |
| <b>Opinnäytetyön nimi</b><br>Muistisairaahan asukkaan hoitotyön kehittäminen - Hoitotyön laatu-<br>tukriteerien laadinta Koskenrinteelle   |                | 46 sivua +<br>12 liitesivua |
| <b>Toimeksiantaja</b><br><br>Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry  |                |                             |
| <b>Ohjaaja</b><br>Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen   |                |                             |
| <b>Tiivistelmä</b><br><br>Tämä opinnäytetyö on tehty Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:n tilauksesta. Työn tavoitteena on laatia yleiset laatu-<br>kriteerit kehittämään ja tukemaan muistisairaahan asuk-<br>kaan jokapäiväistä hoitotyötä. Tarkoituksena on etsiä kirjallisuudesta ja alkuperäistut-<br>kimuksista muistisairaahan hoitotyössä esiin nousevia tärkeitä teemoja ja niiden kautta<br>muodostaa kategoriat, joiden perusteella laatu-<br>kriteerit hoitotyölle laaditaan.<br><br>Opinnäytetyö on toteutettu kehittämistyönä. Alkuperäistutkimusten haku on tehty laa-<br>jasti hyödyntäen Medic-, Melinda-, Elektra-tietokantoja sekä lääketieteellisten yliopisto-<br>jen elektronisia julkaisuarkistoja. Elektronisen haun lisäksi on suoritettu manuaalista<br>tiedonhakua Hoitotiede- ja Tutkiva Hoitotyö-lehdistä sekä Suomen Lääkärilehdestä.<br><br>Laatu-<br>kriteerien laadinnassa on keskitytty kirjallisuudesta ja tutkimuksista esiin noussei-<br>siin pääotsikoihin. Näitä ovat ympäristön vaikutus muistisairauksien hoidossa, virike-<br>toiminta muistisairaahan hoitotyössä, muistisairaahan päivittäisten toimintojen hoitotyö,<br>muistisairauksien käytösmuutosten hoitotyö, muistisairas ja vuorovaikutus sekä vuoro-<br>vaikutus ja omaiset. |                |                             |
| <b>Asiasanat</b><br>muistisairaudet, hoitotyö, laatu-<br>kriteerit   |                |                             |

| Author (authors)   | Degree                  | Time                                 |
|--|-------------------------|--------------------------------------|
| Ere Salojärvi, Topias Seppälä & Eero Ulvinen   | Bachelor of Health care | November 2015                        |
| <b>Thesis Title</b><br>Improving the Care Work of a Demented Resident – Elaboration of Care Work Quality Criteria for Koskenrinne  |                         | 46 pages +<br>12 pages of appendices |
| <b>Commissioned by</b><br><br>Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry   |                         |                                      |
| <b>Supervisor</b><br>Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal Lecturer  |                         |                                      |
| <b>Abstract</b><br><br><p>This thesis has been commissioned by Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry. The aim of this thesis is to create general quality criteria to improve and support the everyday care work of a demented resident. The intention is to search through literature and original studies for important themes concerning the care work of demented residents. Through these themes, categories are created which are used as a foundation for elaborating the care work quality criteria.</p> <p>The thesis is carried out as a product development. The search for original studies is conducted extensively by using Medic, Melinda and Elektra internet databases and the electronic releases of medical universities. In addition to the electronic research, a manual search for information has been done using Hoitotiede, Tutkiva Hoitotyö and Suomen Lääkärilehti magazines.</p> <p>During the elaboration of the quality criteria the focus has been on the main titles emerging from literature and studies. These include the effects of environment in the care work of demented residents, recreational activities, the care work of daily activities, the care work of compulsive behaviour and interaction with demented residents and their family members.</p> |                         |                                      |
| <b>Keywords</b><br>dementia, care work, quality criteria   |                         |                                      |

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | TAUSTA JA TARKOITUS   | 6  |
| 2   | PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY                            | 7  |
| 3   | KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET                                     | 8  |
| 4   | TEOREETTISTA TAUSTAA YLEISIMMISTÄ MUISTISAIRAUKSISTA          | 9  |
| 4.1 | Alzheimerin tauti   | 9  |
| 4.2 | Lewyn kappale -tauti  | 10 |
| 4.3 | Verisuoniperäinen muistisairaus                               | 11 |
| 4.4 | Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus              | 13 |
| 4.5 | Parkinsonin taudista johtuva muistisairaus                    | 14 |
| 5   | TIEDONHAKUPROSESSI  | 15 |
| 5.1 | Haun suorittaminen  | 15 |
| 5.2 | Hakutaulukot  | 17 |
| 6   | TEOREETTISTA TAUSTAA LAATUKRITEERIEEN LAADINTAAN              | 19 |
| 6.1 | Ympäristötekijät muistisairauksien hoitotyössä                | 20 |
| 6.2 | Viriketoiminta muistisairaalle hoitotyössä                    | 23 |
| 6.3 | Muistisairaalle päivittäisten toimintojen hoitotyö            | 24 |
| 6.4 | Muistisairauksien käytösmuutosten hoitotyö                    | 25 |
| 6.5 | Muistisairas ja vuorovaikutus                                 | 29 |
| 6.6 | Vuorovaikutus ja omaiset                                      | 31 |
| 7   | SISÄLLÖNANALYYSI  | 32 |
| 8   | LAATUKRITEERIEEN LAADINTA                                     | 34 |
| 8.1 | Kirjallisuudesta ja tutkimuksista muodostuneet laatuksiteerit | 34 |
| 8.2 | Muistisairaalle asukkaan hoitotyön laatuksiteerit             | 35 |
| 9   | POHDINTA  | 39 |
| 9.1 | Tulosten tarkastelu   | 39 |

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 9.2 Luotettavuuden arviointi          | 39 |
| 9.3 Hyödynnettävyys ja johtopäätökset | 40 |
| LÄHTEET                               | 42 |
| LIITTEET                              |    |

Liite 1. Opinnäytetyöhön hyväksytyt tutkimukset

Liite 2. Opinnäytetyöhön manuaalisella haulla hyväksytyt tutkimukset

Liite 3. Laatukriteerit muistisairaahan hoitotyöhön

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Hoidon laatua koskevat säännökset noudattavat yleisesti niin sanotun koululääketieteen hyväksi toteamia ja tutkittuja käytäntöjä (esim. Käypä hoito -suositukset), mutta usein yksittäisen potilaan tai terveydenhuoltoorganisaation tapauksessa joudutaan erikseen ratkaisemaan soveltamisen tarvetta hoitotyön suhteen. Terveydenhuollon toimintayksikköjen täytyy laatia suunnitelma liittyen laadunhallintaan sekä potilasturvallisuuteen ja noudattaa sosiaali- ja terveysministeriön antamien suunnitelmien sisältöä ja laadintaa ohjaavia asetuksia. (Koivuranta-Vaara 2011, 7.)

Laadunhallinta tarkoittaa organisaation laatuun liittyvän toiminnan johtamista, suunnittelua ja arviointia. Arvioinnin perusteella laadunhallintaa käytetään hoitotyön parantamiseen asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Laatuajattelussa tärkeässä osassa on myös laatukulttuuri, jolla tarkoitetaan yhteisön toimintatapaa, arvoja ja asenteita hoitotyön laadun ylläpitämiseen ja kehittämiseen omassa yksikössä. Keskeinen asia on lisäksi potilas- ja asiakaskeskeys, jonka mukaan potilaan oma näkemys hoidosta otetaan aina huomioon ja painotetaan periaatetta, jossa potilas voi omalla toiminnallaan ja päätöksillään mahdollisuuksien mukaan vaikuttaa omaan terveyteensä. (Koivuranta-Vaara 2011, 6.)

Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tarkoituksena on laatia selkeät laatuksiteerit muistisairauksien hoitotyölle yhteistyötahollemme Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:lle tukemaan hoitajien työskentelyä muistisairaana asukkaan kanssa. Ajatuksena on laatia hyvää hoidon laatua määrittäviä kriteereitä, jotta asukkaat saisivat osakseen parasta mahdollista hoitotyötä. Tarkoituksenamme on tarkastella muistisairasta ihmistä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena luoden erilaisten hoitomuotojen laadulliset kriteerit asukkaan hyvinvoinnin kehittämistä varten.

Opinnäytetyömme aiheen valintakriteeri pohjautui projektin lopputuloksen hyvään hyödynnettävyyteen työelämässä sekä aiheen ajankohtaisuuteen. Suomen väestön ikääntyessä myös muistisairauksien määrän väestössä odotetaan kasvavan seuraavassa 50 vuodessa jopa nelinkertaiseksi. Ikääntyvillä ihmisillä muistisairaudet ovat erittäin yleisiä, ja tällä hetkellä lähes neljännes-

miljoonalla suomalaisella on diagnosoitu lievää kognitiivisen toiminnan laskua tai dementiaksi luokiteltavaa muistisairautta. (Kivipelto, Ngandu & Rusanen 2014.)

Vuonna 2010 Suomessa sairasti keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta noin 89 000 ihmistä ja vuosittain noin 13 500 yli 64-vuotiaasta ihmistä sairastuu lisää. Suurin osa muistisairauksia sairastavista ihmisistä on yli 80-vuotiaita (55 %), mutta tämän lisäksi myös työikäisiä (30–64-vuotiaita) muistisairaita on Suomessa arviolta noin 5000 (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 28). Selvästi yleisin dementia-asteinen muistisairaus on Alzheimerin tauti, joka kattaa Suomen muistisairauksista noin 80 % (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder 2014, 264).

Inhimillisen kärsimyksen lisäksi muistisairaudet aiheuttavat merkittäviä terveystaloudellisia kustannuksia. Yhtä muistisairastunutta kohden hoidon yhteenlaskettu kustannus on arviolta 10 000 euroa. Omaishoidon kustannukset lisäksi laskettuna, muistisairauksien kokonaiskustannukset vuosittain ovat noin 1,5–2,5 miljardia euroa. (Erkinjuntti ym. 2010, 37.)

Opinnäytetyön tuloksena valmistuvat hoitotyön laatukriteerit toimivat apuvälineenä Koskenrinteen henkilökunnalle, jota työntekijät voivat hyödyntää muistisairaita asukkaita hoitaessaan. Laatukriteerit toimivat tukena hyvälle hoidolle muistisairaiden asukkaiden jokapäiväisessä hoitotyössä. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus sekä Parkinsonin taudista johtuva dementia. Tässä opinnäytetyössä pääpaino keskittyy edellä mainittujen sairauksien hoitotyöhön.

## 2 PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY

Vanhustenhuollon yksityisenä palveluntuottajana jo vuodesta 1955 toimiva Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry tuottaa asiakkailleen ympärivuorokautista hoivaa, kotihoitoa sekä päiväkeskustoimintaa. Yhdistyksellä on Kotkassa neljä eri toimipistettä, joita ovat Koskenrinteen Koti, Kotka-Koti, Karhula-Koti sekä Kulman päiväkeskus. Yhdistys omistaa lisäksi Kotkan Sapokassa sijaitsevan senioritalokiinteistön nimeltään Sapokan Helmi. (Koskenrinteen esite.)

Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry tarjoaa palveluillaan vanhuksille ryhmäkotiasumista, ateriapalveluita, kotihoitoa, päiväkeskustoimintaa sekä erilaista kerho- ja viriketoimintaa. Valtakunnallisissa sekä alueellisissa vanhustyön kehittämishankkeissa yhdistys on aktiivisesti mukana. Yhdistyksen ylläpitämissä kodeissa on asukkaita reilut 200 ja muiden palvelujen piirissä noin 600 kotkalaista vanhusta. (Koskenrinteen esite.)

Jokaiselle ympärivuorokautisen hoivan piirissä olevalle vanhukselle tehdään henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma voidaan myös laatia tarvittaessa palvelu- ja vuokra-asunnoissa asuville vanhuksille. Koskenrinteen kodeissa toimii myös fysioterapeutti ja asukkaat saavat yhdistyksen kautta myös jalkahoitajan ja kampaajan palveluita. Kaikissa kodeissa senioritaloa lukuun ottamatta on hoitohenkilökuntaa paikalla ympäri vuorokauden. (Koskenrinteen esite.)

### 3 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Tämä opinnäytetyö on kehittämistyöprojekti, jonka tarkoituksena on luoda laatukriteerit hoitotyölle Koskenrinne ry:lle apuna muistisairaahan asukkaan hoitajan työskentelyyn. Projektin tuotteena kehitettyjen laatukriteerien tavoitteena on:

#### 1. Tavoitteet hallinnolle

- Muistisairauksien hoitotyön laatukriteerien luominen Koskenrinteelle
- Luoda Koskenrinteen hoitajille mahdollisuus arvioida oman hoitotyönsä laatua
- Taata muistisairaille asukkaille laadukasta näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvaa hoitotyötä
- Luoda omaisille ja hallinnolle keino tarkastella hoidon laatua

#### 2. Tavoitteet asukkaan hoitotyölle

- Luoda malli muistisairaahan hyvälle hoitoympäristölle
- Laatia kriteerit muistisairaahan asukkaan laadukkaalle viriketoiminnalle
- Kehittää muistisairaahan asukkaan päivittäistä hoitotyötä



- Lisätä ymmärrystä ja hoitotyön menetelmiä käytösmuutosten yhteydessä
- Kehittää vuorovaikutuksen laatua hoitajan ja muistisairaana asukkaan sekä omaisten välillä

## 4 TEOREETTISTA TAUSTAA YLEISIMMISTÄ MUISTISAIRAUKSISTA

### 4.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin yksittäinen dementiaa aiheuttava sairaus. Muistisairauksia sairastavista n. 80 %:lla on dementoitumisen syynä juurikin Alzheimerin tauti. Alzheimeria esiintyy harvoin alle 65-vuotiailla ihmisillä ja sen esiintyvyys kasvaa voimakkaasti iän myötä. Yli 85-vuotiailla sitä esiintyy arviolta jo 15–20 %:lla väestöstä. Tauti ei suurimmassa osassa tapauksista ole perinnöllinen ja siihen sairastumiseen ei varsinaista syytä vielä tiedetä. (Hallikainen ym. 2014, 264–266.)

Alzheimer etenee hitaasti aivoja rappeuttaen, erityisesti muistijärjestelmään liittyvät hermosolut ja aivojen alueet vaurioituvat. Vaikka taudin tarkkaa syytä ei tiedetä, tiedetään sen vaikutusmekanismeista sen verran, että se vähentää asetyylikoliinin määrää hermoradoissa. Tästä syystä kohdennettu lääkitys pyrkii lisäämään asetyylikoliinin määrää sairastuneen henkilön aivoissa. Lääkehoito tulisi aloittaa varhain pitkäaikaisemmän toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Alzheimerin taudin epäillään liittyvän hermosoluissa tapahtuvan valkuaisaineiden käsittelyn häiriöön ja amyloidi-valkuaisaineen kertymiseen aivojen väliin tilaan. (Heimonen & Voutilainen 2001, 28–31.)

Alzheimerin riskitekijöitä ovat korkea ikä, muistisairauden esiintyminen lähisuvussa sekä apolipoproteiini E4 ja geenivirheet kromosomeissa 1, 14 ja 21. Muita riskitekijöitä ovat vakava kallovamman, matala koulutustaso sekä aiemmin sairastettu vakava masennus. (Heimonen ym. 2001, 29.)

Alzheimer jaotellaan kolmeen tautimuotoon: tyypilliseen (kattaa noin 70 % kaikista muistisairauksista), epätyypilliseen ja sekatyypilliseen tautimuotoon. Tyypillinen muoto alkaa oppimisvaikeuksilla ja lähimuistin häiriöillä. Epätyypillisen muodon ensioireet ovat hahmottamisessa, puhumisessa ja toiminnan oh-

jauksessa. Sekatyypillisessä tautimuodossa oireita lisää yleensä jokin muu rappeuttava aivo- tai aivoverenkiertosairus. Lääkitys tehoaa yhtä tehokkaasti kaikkiin sairaustyyppeihin. Tauti etenee yleensä melko tasaisesti ja hitaasti ja kesto ensioireista kuolemaan on yleensä n. 12 vuotta, mutta voi vaihdella paljon riippuen henkilön elintavoista ja ympäristöstä sekä fyysisestä ja psyykkisestä kunnosta. (Hallikainen ym. 2014, 264.)

Alzheimerin taudin toteamiseen käytetään erilaisia tutkimuksia, kuten muistikyselyitä esimerkiksi MMSE- ja CERAD-tehtäväsarjaa. Alzheimer aiheuttaa patologisia muutoksia ihmisen aivoissa, kuten tiettyjen alueiden surkastumista. Tästä syystä diagnosointiin käytetään myös aivojen magneettikuvausta sekä selkäydinnestetutkimusta. (Hallikainen ym. 2014, 270–271.)

#### 4.2 Lewyn kappale -tauti

Tyypillisesti 50–80 vuoden iässä alkava Lewyn kappale -tauti on degeneratiivinen etenevä muistisairaus, jonka oireistoa hallitsevat kognitiivisten toimintojen ja vireystilan vaihtelut, parkinsonismi sekä psykoottiset oireet. Miehillä se on jonkin verran yleisempi naisiin verrattuna ja eliniän odote diagnoosista on keskimäärin 2–12 vuotta. Yksittäisenä sairautena Lewyn kappale -tauti on osa Lewyn kappale -patologiaa, johon kuuluu myös Parkinsonin tautiin liittyvä dementia sekä Alzheimerin ja Lewyn kappale -taudin yhdistelmä. Sairaus kattaa noin 10 % kaikista etenevistä muistisairauksista ja yleensä kyseessä on Lewyn kappale -taudin sekä Alzheimerin taudin yhdistelmä. Sairauden nimi perustuu sairastuneen ihmisen aivoissa havaittaviin patologisiin muutoksiin, joita kutsutaan Lewyn kappaleiksi. Näitä havaitaan erityisesti aivojen kuorikerroksessa tyypillisesti otsa-, ohimo- ja päälaenlohkojen ja gyruscingulin alueella. (Erkinjuntti ym. 2010, 159.)

Vähitellen alkavan Lewyn kappale -taudin tyypilliset oireet jaetaan kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Sairauden aiheuttamaan kognitiivisen toiminnan laskuun lukeutuvat muistin heikkous, kielelliset häiriöt, hahmotushäiriöt sekä kätevyyden heikkous. Hahmotushäiriöt ilmenevät erityisesti avaruudellisen hahmottamisen vaikeutumisena ja visiokonstruktiivisena heikentymisenä. Tarkkaavuuden ja vireyden vaihtelua ilmenee keskimäärin 75 % potilaista. Muistin heikkeneminen tapahtuu vähitellen, eikä sitä välttämättä

havaita ollenkaan sairauden alkuvaiheessa. Muistioireet voivat kuitenkin myös olla merkki samanaikaisesta Alzheimerin taudista. 40–90 % potilaista esiintyvä parkinsonismi oireilee etenkin rigiditeettina, hypokinesiana ja kävelyvaikeutena. (Erkinjuntti ym. 2010, 160.)

Psykoottinen oireilu on yksi hallitseva osa Lewyn kappale -taudin oireistoa. Tarkat ja yksityiskohtaiset visuaaliset hallusinaatiot ovat yleisiä ja niitä esiintyy 30–60 % sairastuneista. Muita psykoottisia oireita ovat harhaluulot, joista yleisimpänä esiintyy vainoharhaisuus. Harhaluulot voivat myös olla taudin ensimmäinen oire. Lisäksi voi esiintyä REM-unen aikaisia vilkkaita ja usein pelottavia unia. (Erkinjuntti ym. 2010, 160.)

Diagnosointi perustuu kliiniseen kuvaan, sillä laboratoriotutkimuksista ei ole todettu olevan apua. Parantavaa hoitoa sairaudelle ei ole, mutta lääkehoidolla on saatu vastetta oireisiin. Asetylikoliiniesteraasin estäjällä rivastigmiinilla on havaittu olevan positiivista vaikutusta käytösoireisiin sekä kognitioon. Parkinsonismin hoitoon käytetään yleisesti levodopaa tai muita dopaminergisiä lääkkeitä, mutta nämä voivat kuitenkin pahentaa potilailla esiintyviä harhoja. Käytösoireiden hoitoon on käytetty kolinergisiä lääkkeitä sekä toisen polven psykoosilääkkeitä, kuten klotsapiinia ja risperidonia. (Erkinjuntti ym. 2010, 164.)

#### 4.3 Verisuoniperäinen muistisairaus

Aivoverenkiertosairauden tai häiriön aiheuttama muistin ja tiedon käsittelyn heikentyminen käsitetään vaskulaarisena kognitiivisena heikentymänä (VCI). Tämä käsittää kognitiiviset oireet yhden tai useamman aivotoiminnon alueella sekä laajemmat dementia-asteen tapaukset. VCI on sekakoosteinen oireyhtymä, joka voi johtua useista eri vaskulaarisista tekijöistä ja aivomuutoksista. Kyseessä on siis oireyhtymä, eikä erillinen yksittäinen sairaus. (Erkinjuntti ym. 2010, 142.)

Aivoverenkiertohäiriöstä, johtuva dementia on toiseksi yleisin syy keskivaikeassa tai vaikeassa dementiassa, eli noin 15–20 % kaikista dementioista. Aivoverenkierron häiriöstä johtuvalle muistisairaudelle on useita eri alatyyppejä perustuen niiden syntymekanismiin ja sijaintiin (Alhainen, Erkinjuntti, Huovinen & Rinne 2006, 108–110). Alatyyppeihin kuuluu mm. pienten suonten subkorti-

kaalinen tauti, suurten suonten (kortikaalinen, moni-infarktitauti) ja kognitiivisesti kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttama tila (Erkinjuntti ym. 2010, 143–144).

VCI:n riskitekijät voidaan lajitella eri osa-alueisiin. Vaskulaarisiin riskitekijöihin kuuluu; kohonnut verenpaine, eteisvärinä, sydäninfarkti, koronaaritauti, diabetes, ateroskleroosi, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, sekä tupakointi. Muita riskitekijöitä ovat muun muassa korkea ikä, matalakoulutustaso ja aivohalvauksien esiintyminen suvussa (Erkinjuntti ym. 2010, 144.)

Pienten suonten taudissa tyypillinen varhainen oire on toiminnan ohjauksen häiriö. Toiminnan ohjauksen häiriössä suunnitelmallisuus, järjestelmällisyys, toiminnan aloittaminen, tavoitteenasettelu, toiminnan jaksottaminen ja toteuttaminen ovat heikentyneet. Pienten suonten taudissa muistioireet eivät usein korostu niin kuin esim. Alzheimerin taudissa. Käyttöoireina esiintyy masennusta, persoonallisuuden muutoksia ja psykomotorista hidastumista. Taudin oireiden eteneminen on vaihtelevaa. Vaivihkainen oireiden esiintyminen on äkillistä yleisempää. Pienten suonten tauti voidaan toeta aivojen magneettikuvauksella (Erkinjuntti ym. 2010, 148–149). Kuvantamisessa todetaan, joko laaja-alainen valkean aineen verenkiertohäiriö tai useita lakunaari-infarkteja (Alhainen ym. 2006, 115).

Suurten suonien varhaisia oireita ovat lievät muistioireet ja toiminnanohjauksen heikentyminen, sekä kielelliset oireet, kömpelyys, hahmottamisvaikeudet, visuospatiaaliset ja konstruktionaaliset vaikeudet. Infarktien sijaintiin perustuen kliinisinä löydöksinä voidaan todeta esimerkiksi näkökenttäpuutos, suu-  
pielen roikkuminen, toispuolihalvaus ja kävelyn häiriö. Suurten suonien taudissa oireiden esiintyminen alkaa nopeasti, jopa tunneissa, sekä oireet pahe-  
nevat asteittain ja ne vaihtelevat (Erkinjuntti ym. 2010, 150). Magneettikuvassa voidaan todeta useita suurten suonten tautiin sopivia tai sydäimestä kulke-  
neita hyytymiä, jotka ovat aiheuttaneet infarkteja (Alhainen ym. 2006, 115).

Aivoverenkiertohäiriöistä johtuvia muistisairauksia hoidetaan ennaltaehkäisevästi puuttamalla riskitekijöihin, sekä hoitaa jo todettuja sairauksia. Hoitamalla verenpainetautia, sydämen rytmihäiriötä, sekä rasva-  
aineenvaihdunnan häiriötä samalla ehkäistään muistisairauksien esiintymistä.

Aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa noudatetaan yleisiä hoitolinjoja, jossa hoidetaan verenkiertohäiriö sen tyypin mukaan. (Alhainen ym. 2006, 115–116.)

#### 4.4 Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus

Otsa-ohimolohkorappeuman aiheuttama dementia on melko harvinainen ja se käsittää noin 5–10 % kaikista etenevistä muistisairauksista. Nimensä mukaisesti se rappeuttaa aivoissa otsa- ja ohimolohkoja aiheuttaen dementiaa. Sairauksista valtaosa on perinnöllisiä, ja oireet alkavat yleensä jo työikäisillä alle 65-vuotiailla, mutta sairautta esiintyy myös vanhemmilla. Sairauden kesto ensioireista kuolemaan vaihtelee kahdesta 20 vuoteen, keskimääräisen keston ollessa 8 vuotta. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 172–174.)

Otsa-ohimolohkorappeumassa muistioireet ovat alussa hyvin lieviä ja käytösoireet ovat korostuneet. Tästä johtuen sairastuneet joutuvatkin helposti ensin psykiatriseen hoitoon, ennen kuin huomataan, mistä sairaudesta on oikeasti kyse. Sairaudelle tyypillisiä käytösoireita ovat persoonallisuuden ja käytöksen muutokset. Sairastunut ihminen muuttuu impulsiiviseksi, ja hänellä esiintyy usein estottomuutta sekä tilanteeseen sopimatonta käytöstä. Käytös on usein seksuaalisesti virittyntä sekä aiemmista tavoista poiketen kiroilu voi lisääntyä huomattavasti. Yleisenä oireena on myös apatia, tosin vauhdikkuus voi olla myös yksi taudin oireilun muoto. Varsinaisia muistiongelmia alkaa yleensä ilmetä vasta taudin edettyä pitkälle, mutta niitä voi ilmetä myös varhaisessa vaiheessa. (Hallikainen ym. 2014, 282.)

Taudin diagnosoiminen on usein hyvin haastavaa, koska alkuvaiheen oireet viittaavat psyykkisiin syihin ja henkilöt suoriutuvat yleensä hyvin MMSE-testistä. Haastavuutta lisää myös taudin oireiden suuri vaihtelu henkilöstä riippuen. Taudin toteamisessa käytetään yleistä oirekuva, neuropsykologista tutkimusta sekä aivojen kuvantamista. Alkuvaiheen sairastumisessa aivoissa ei yleensä ole vielä nähtävissä muutoksia tai ne ovat hyvin pieniä, minkä vuoksi tauti diagnosoidaan yleensä varsin myöhäisessä vaiheessa. Sairauden etenemistä hidastavaa tai aivojen muutoksia estävää lääkitystä ei ole, joten sairastunutta hoidetaan oireenmukaisella hoitolinjalla. (Hallikainen ym. 2014, 283–284.)

#### 4.5 Parkinsonin taudista johtuva muistisairaus

Parkinsonin taudin vallitsevuus väestössä on 170/100 000 asukasta, ja se todetaan tyypillisesti keski-ikäisillä sekä vanhuksilla. Syy sairaudelle on tuntematon, mutta oireiden perussyynä on väliaivojen substantia nigran dopaminergisten hermosolujen etenevä tuhoutuminen, joka johtaa dopamiinin puutteeseen. Taudinkuvan näkyvimpänä ja voimakkaimpina oireina ovat vähitellen pahenevat vapina, hidasliikkeisyys ja lihasjäykkyys. Kuitenkin myös kognitiivisten oireiden lasku ja dementia voivat olla osa sairautta. Poikkileikkaustutkimusten mukaan dementian yleisyys Parkinsonin taudissa on 30–40 %, mutta seurantatutkimuksissa dementian on havaittu kehittyvän jopa 80 % tutkituista. (Erkinjuntti ym. 2010, 173.)

Kognitiiviset vaikeudet ilmenevät toiminnanohjauksen ongelmina sekä muistin ja avaruudellisen hahmottamisen vaikeutena. Informaation prosessointinopeus hidastuu ja vaikeuksia ilmenee ongelmanratkaisussa sekä toimintatapojen ylläpitämisessä ja oppimisessa. Työmuisti ja pitkäkestoinen muisti heikkenevät, mutta toisinkuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa, Parkinsonin taudissa vihjeet yleensä auttavat muistitehtävien tekemisessä. Dementian riskitekijäksi Parkinsonin taudin yhteydessä on pidetty vanhempaa sairastumisikää. (Erkinjuntti ym. 2010, 174.)

Kuvantamistutkimuksilla voidaan havaita aivoissa atrofiaa etenkin sisemmän ohimolohkon ja hippokampuksen alueella. Aivojen toiminnallisissa kuvauksissa frontaalialueella voidaan havaita verenvirtauksen ja metabolian heikentymistä. Erotusdiagnostiikan apuna voidaan käyttää etenkin aivojen dopamiini-toimintaa kuvaavia tutkimuksia. Vaikka aivojen substantianigran hermosolujen tuhoutuminen on etenevää, voidaan oireita hillitä lääkityksellä. Motorisiin oireisiin saadaan usein hyvä vaste dopaminergisellä lääkityksellä, kuten levodopalla. Kognitiivisiin oireisiin dopaminergien vaikutus on vähäinen, mutta näihin oireisiin on Alzheimer-lääke rivastigmiinillä havaittu olevan positiivinen vaikutus. (Erkinjuntti ym. 2010, 174–176.)

## 5 TIEDONHAKUPROSESSI

### 5.1 Haun suorittaminen

Tähän opinnäytetyöhön valittujen alkuperäistutkimusten hakuun on käytetty avuksi elektronisten tietokantojen hakua, sekä manuaalista hakua. Elektronisessa haussa on käytetty Medic-, Melinda-, Elektra-tietokantoja sekä lääketieteellisten yliopistojen elektronisia julkaisuarkistoja. Elektronisen haun lisäksi on suoritettu manuaalista tiedonhakua Hoitotiede- ja Tutkiva Hoitotyö -lehdistä sekä Suomen Lääkärilehdestä. *Medic* on kotimainen terveystieteellinen tietokanta, jota on tuottanut Terveystieteiden keskuskirjasto Terkko jo vuodesta 1978 asti. *Medic* sisältää viitteitä suomalaisesta lääke-, hammas- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta (Tähtinen 2007, 30). *Melinda* on suomalaisten kirjastojen yhteistietokanta. Se sisältää Suomen kansallisbibliografian sekä viitetiedot yliopistokirjastojen, yhteiskirjastojen, Eduskunnan kirjaston, Varastokirjaston ja Tilastokirjaston tietokantoihin sisältyvistä aineistoista ([melinda.kansalliskirjasto.fi](http://melinda.kansalliskirjasto.fi). 2013). *Elektra* sisältää kotimaisten tieteellisten lehtien artikkeleita. Julkaisut ovat vapaasti käytettävissä, mutta itse aineiston käyttö edellyttää sopimusta. Aineistot ovat tällä hetkellä käytettävissä yleisissä kirjastoissa sekä ammattikorkeakoulujen ja useimpien yliopistojen paikallisverkoissa ([doria.fi](http://doria.fi). 2015).

Työhön valittavien tutkimusten sisäänottokriteerit tulee kuvata selkeästi ja täsmällisesti ja niiden täytyy olla johdonmukaiset ja tarkoituksenmukaiset opinnäytetyön aiheen kannalta (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 48). Opinnäytetyöhön valittavien ja poissuljettavien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain perustuen siihen, vastaavatko hauissa saadut tutkimukset asetettuja sisäänottokriteerejä. Vastaavuutta tarkastellaan otsikko-, tiivistelmä- ja koko tekstitasoilla (Stolt & Routasalo. 2007, 59). Tähän työhön sisäänottokriteereiksi määriteltiin, että julkaisun tulee olla saatavilla ilmaiseksi, julkaisusta on saatavilla koko teksti, kielenä on suomi, julkaisun tulee olla väitöskirja, pro gradu, tieteellinen artikkeli, tieteellinen lehti, alan kirjallisuutta, sekä julkaisun tulee olla julkaistu vuosina 2000–2015.

Medic-tietokannan haku on suoritettu seuraavilla valinnoilla:

- 1) tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä
- 2) hakusanojen välissä "AND"
- 3) haku rajoitettu vuosiin 2000–2015
- 4) asiasanojen synonyymit käytössä
- 5) vain kokotekstit
- 6) kaikki kielet
- 7) kaikki julkaisutyytit

Hakusanat ovat lyhennetty merkillä \*.

Melinda-tietokannan haku on suoritettu seuraavilla valinnoilla:

- 1) tarkennettu haku
- 2) hakutyyppi: kaikki sanat
- 3) fraasihakuna (peräkkäiset sanat)? : ei
- 4) kaikki kielet
- 5) haku rajoitettu vuosiin 2000–2015
- 6) kaikki aineisto

Hakusanat ovat lyhennetty merkillä \*.

TamPub-julkaisuarkiston haku on suoritettu seuraavilla valinnoilla:

- 1) tarkennettu haku
- 2) hakutapa: Full Text
- 3) hakusanojen välissä "JA".

Hakusanat ovat lyhennetty merkillä \*.

JultikaBeta-haku on suoritettu seuraavilla valinnoilla:

- 1) tarkennettu haku
- 2) kokotekstin saatavuus



- 3) egradu
- 4) kielivalinta suomi.

Helda-haku on suoritettu seuraavilla valinnoilla:

- 1) tarkennettu haku
- 2) haun kohde: opinnäytteet
- 3) hakutapa: kokoteksti.

UEF-Electronic Publications-haku on suoritettu seuraavilla valinnoilla:

- 1) kokotekstihaku
- 2) hakusanoja erottaa "AND".

Hakusanat ovat lyhennetty merkillä \*.

## 5.2 Hakutaulukot

Taulukossa 1 on kuvattu elektronista tiedonhakuprosessia käytetyin hakusanoin ja tietokannoin. Taulukosta ilmenevät myös haulla löytyneet osumat ja opinnäytetyöhön hyväksytyt alkuperäistutkimukset.

Taulukko 1. Käytetyt hakusanat sekä hyväksytyt tutkimukset

| Hakusanat               | Tietokanta | Hyväksytyt tutkimukset | Osumia yhteensä |
|-------------------------|------------|------------------------|-----------------|
| dement*, käytös*, hoit* | Medic      | 2                      | 20              |
| muistisair*,käyttösoir* | Medic      | 1                      | 13              |
| muistisair*, hoit*      | Medic      | 2                      | 114             |
| muistisair*, päivitt*   | Medic      | 0                      | 13              |
| muistisair*, ympär*     | Medic      | 0                      | 9               |

|                                   |  |   |    |
|-----------------------------------|--|---|----|
| muistisair*, virik*               | Medic  | 0 | 0  |
| muistisair*, vuorovaik*           | Medic  | 0 | 5  |
| laatukrit*                        | Medic  | 0 | 17 |
| muistisair*                       | Elektra  | 1 | 13 |
| muistisair*                       | JultikaBeta, Oulun<br>yliopisto                          | 2 | 9  |
| muistisair*, käytösoir*           | Tampub, Tampe-<br>reen yliopisto                         | 1 | 13 |
| muistisairaan, hoito              | Tampub, Tampe-<br>reen yliopisto                         | 0 | 20 |
| muistisair*, päivittäis*          | Tampub, Tampe-<br>reen yliopisto                         | 2 | 67 |
| Laatukrit*, hoi*                  | Melinda  | 0 | 67 |
| muistisair*, käytösoir*,<br>hoit* | Melinda  | 0 | 10 |
| muistisair*, päivittäis*          | Melinda  | 0 | 7  |
| muistisair*,                      | Helda, Helsingin<br>yliopisto                            | 0 | 33 |
| muistisair*                       | Doria, Turun yliopis-<br>to                              | 1 | 12 |
| muisti*, hoit*                    | UEF Electronic<br>publications, Itä-<br>Suomen yliopisto | 0 | 5  |
| dement*, hoit*                    | UEF Electronic<br>publications, Itä-                     | 0 | 0  |

|             |   |   |    |
|-------------|---|---|----|
|             | Suomen yliopisto                                  |   |    |
| muistisair* | UEF Electronic publications, Itä-Suomen yliopisto | 0 | 0  |
| dement*     | UEF Electronic publications, Itä-Suomen yliopisto | 0 | 51 |

## 6 TEOREETTISTA TAUSTAA LAATUKRITEERIEN LAADINTAAN

Hoitotyön käytäntöihin ja yleisiin laatuvaatimuksiin vaikuttaa "Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-luista (28.12.2012/980)", jolla pyritään varmistamaan yhtenäiset laatuksriteerit vanhustenhoidolle ja taata kaikille samanlaiset oikeudet hoitoon. Tällä lailla pyritään tukemaan ikääntyneen hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä sekä it-senäistä suoriutumista. Sillä pyritään myös parantamaan ikääntyvän mahdolli-suutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palvelu-jen kehittämiseen kunnassa. Lain avulla myös pyritään parantamaan iäkkään mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalve-luista sekä ohjausta palveluiden käyttöön.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-luista velvoittaa myös kuntia keräämään palautetta palveluiden laadusta ja riittävydestä niitä käyttäviltä henkilöiltä sekä järjestämään sellai-sia sosiaalipalveluita sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan joita kunnan ikääntyvän väestön hyvinvointi sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyt-tävät. Valvira valvoo yhdessä aluehallintovirastojen kanssa, että vanhustalve-luin edellyttämät vaatimukset toteutuvat kunnissa (Vanhustenhallito 2013). Li-säksi STM on julkaissut vuonna 2013 vanhustalve-lulakia täydentävän julkai-sun "Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen paranta-miseksi", jonka kokonaistavoitteena on täsmentää ja täydentää lakia, jolla tur-vataan mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laaduk-kaat palvelut ikääntyneille (STM 2013).

Susanna Helminen tutkii vuonna 2010 julkaistussa pro gradu -tutkielmassaan ”Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät ja hoidon laadunhallinta pienissä, yksityisissä vanhainkodeissa – esimiesten näkökulma” vanhainkotien esimiesten näkemyksiä tekijöistä, jotka vaikuttavat hoidon laatuun yksiköissään sekä miten pienissä yksityisissä vanhainkodeissa hoidon laadun valvonta toteutuu. Tutkimukseen osallistuneiden vanhainkotien mukaan laaduntarkkailuun sekä laadunkehittämiseen osallistui esimiesten ja henkilökunnan lisäksi myös asiakkaat sekä omaiset. Yleisin omaisia sekä asiakkaita aktivoiva laadunseurantamenetelmä oli asiakastyytyväysmittausten toteuttaminen säännöllisin väliajoin ja palautelaatikon ylläpitäminen yksiköissä, johon potilaat sekä omaiset pystyivät aina halutessaan antamaan kirjallista palautetta. Henkilökunnalla suoritettiin osassa vanhainkodeista vuosittain myös henkilöstötyytyväisyyskysely. (Helminen 2010, 27.)

Helminen tutkimuksen mukaan vanhainkotien työntekijät pystyivät osallistumaan laatutyöskentelyyn dokumentoinnin avulla. Tähän lukeutui elektroninen ja manuaalinen hoitotyön kirjaaminen ja arviointi. Hoidon vaikuttavuuden ja laadun seuraaminen toteutui myös erilaisia poikkeamia tutkimalla. Näitä olivat esimerkiksi lääkepoikkeamien seuranta ja kaatumisseuranta. Vanhainkotien asukkaiden hoitoisuuden muutoksia mitattiin valtakunnallisella RAVA-mittarilla. (Helminen 2010, 27–28.)

Tutkimuksessa todettiin vanhainkotien omien laatukäsikirjojen ja säätiöiden laatusertifikaattien ohjaavan yksiköiden laadunhallintaa ja toimintaa valtakunnallisia laatusuosituksia enemmän. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksista tärkeimpänä pidettiin henkilökunnan mitoitusta, mutta muuten ohjeet koettiin työntekijöiden mielestä esimerkiksi liian ympäröivä. Esimiehet pitivät kuntien ja läänien ylläpitämää hoidon laadun valvontaa hyvänä asiana. Tutkimuksessa ilmeni, että esimiehet toivoivat itselleen sekä alaisilleen lisää tietoa ja koulutusta liittyen erilaisiin laadunhallintamenetelmiin sekä mittareihin. (Helminen 2010, 28–29.)

## 6.1 Ympäristötekijät muistisairauksien hoitotyössä

Ympäristöllä on hyvin suuri vaikutus muistisairaalan elämään ja sairauden oireiluun. Tärkeää hyvän hoidon kannalta on erityisesti tilojen esteettömyys, help-

pokäyttöisyys sekä muistisairaana kannalta mahdollisimman helposti hahmotettavissa oleva tila. Näin potilaan on helpompi hahmottaa ja havainnoida tilaa itse, joka tukee muistisairaana fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 51.) Hyvin suunniteltu tila vähentää myös asukkaan turhautumista ja epäonnistumisen kokemuksia, sillä muistisairaudet vaikuttavat hidastaen kaikkiin toimintoihin (Erkinjuntti ym. 2015, 485.)

Tärkeä osa-alue fyysisen ympäristön vaikutuksessa muistisairaaseen on mahdollistava ja aktivoiva hoitoympäristö. Tämä tarkoittaa sitä, että ympäristön pitää mahdollisimman paljon tukea ja mahdollistaa etenkin muistisairaana asukkaan liikkumista sekä omatoimisuutta. Esimerkiksi erilaiset tukikaiteet ja tarttumaraudat helpottavat siirtymisiä sekä liikkumista. Tilasuunnittelussa nousevat esille avarat liikkumatilat, esteettömät kulkureitit sekä lyhyet etäisyydet kriittisiin paikkoihin, kuten wc-tiloihin. Omatoiminen liikkuminen osastolla ja sen mahdollistavat tilat sekä mahdollisuus ulkona liikkumiseen ovat myös tärkeässä roolissa muistisairaana asukkaan hyvinvoinnin ylläpitämisessä. (Elo, Saarnio & Isola 2013, 20–21.)

Turvallinen hoitoympäristö takaa muistisairaalle fyysisen turvallisuuden hoitopaikassa liikkeessä. Ulospääsyreitti osastolta on hyvä olla lukittuna ja hoitajien valvonnan tarkkaa. Vaaralliset esineet ja aineet tulee säilyttää lukkojen takana ja keskeisellä paikalla sijaitseva kanslia helpottaa valvonnan tehokkuutta. Turvallisuuden apuvälineinä voi muistisairailla asukkailla käyttää esimerkiksi lonkkahousuja ja tukevia, liukumattomia kenkiä. Turvalliset huonekalut ja esineet ehkäisevät tapaturmia, joten esimerkiksi teräväreunaiset huonekalut eivät ole asianmukaisia muistisairaiden asukkaiden hoitoympäristössä. (Elo ym. 2013, 20–21.) Laitoja käytetään vuoteissa vain vähän, jotta asukas ei yritä kii- vetä laitojen yli ja satuta itseään. Lisäksi riittävä valaistus lisää hoitoympäristön turvallisuutta. (Karppinen 2015, 23).

Muistisairauksien oireisiin lukeutuu yhtenä osa-alueena hahmottamisen vaikeudet. Nämä oireet ovat esillä esimerkiksi Lewyn kappale -taudissa, jossa avaruudellinen hahmottaminen vaikeutuu huomattavasti (Erkinjuntti ym. 2010, 160). Hahmottamisvaikeudet ovat tärkeä syy sille, miksi esteetön hoitoympä-

ristö on tärkeä osa fyysisen tilan vaikutuksessa muistisairaahan asukkaan toimintaan. Hoitoympäristössä pitää olla riittävästi tilaa liikkua apuvälineillä sekä hoitajan avustamana. Turhia tavaroita (esimerkiksi vaatekärkyt) ei säilytetä käytävillä, jossa ne ovat esteenä häiritsemässä liikkumista. Matot, kynnykset ja portaat voivat aiheuttaa vaaratilanteita asukkaalle, jonka avaruudellinen hahmottaminen ja liikkuminen ovat heikkoa. (Elo ym. 2013, 20–21.)

Hallittavan hoitoympäristön suunnittelussa on tärkeää esimerkiksi käytösmuutosten vähentämiseksi huomioida tilan valaistus, värit, materiaalit sekä akustiikka (Lähdesmäki ym. 2014, 51). Valaistuksen tulisi olla sellainen, että tilat ovat tasaisesti valaistuja eikä varjoja synny, sillä ne voivat hahmottaa muistisairaalle pelottavina (Hallikainen ym. 2014, 149). Hoitoympäristössä käytettävien värien tulisi olla selkeitä ja erottuvia sekä käytettyjen kuviointien yksinkertaisia. Huonekalujen selkeä sijoittelu ja selkeä huonerakenne tukevat hoitotyötä (Elo ym. 2013, 20–21). Akustiikan suunnittelu on tärkeää, jotta erilaisia ääniä ja meteliä saadaan kontrolloitua ja näin hillittyä mahdollisia käytösmuutoksia ja stressiä (Hallikainen ym. 2014, 149). Peilien sijoituksella on huomattu olevan merkitystä muistisairaahan käytösoireilun kannalta, sillä peilien heijastuskuvat yleisissä tiloissa saattavat lisätä käytösmuutoksia ja stressiä asukkaissa. Muistisairaiden stressinsietokyky on heikentynyt, minkä vuoksi ympäristön virikkeellisyyttä on hyvä pystyä kontrolloimaan, jottei yli- tai alivirikkeisyys aiheuta oireilua. (Erkinjuntti ym. 2015, 485–486.)

Hoitoympäristön tulisi olla mahdollisimman kodinomainen tila laitospäiväkodin sijasta, sillä kotia muistuttavan ympäristön on todettu rauhoittavan muistisairaiden motorista ja kielellistä olemusta. Myös omien tavaroiden ja huonekalujen on todettu vähentävän muistisairaahan oireilua. Tämän lisäksi omien vaatteiden käyttö mahdollisuuksien mukaan on suositeltavaa. Erityisesti haittaa muistisairaalle luo ympäristön muuttuminen ja tavaroiden siirtäminen pois tutuilta paikoilta (Erkinjuntti ym. 2015, 486). Kodinomaisuutta voi myös tuoda esille osaston sisustuksessa koristelemalla osastoa eri pyhien teemoilla. (Karppinen 2015, 24.)

Hoitajien luoma psykososiaalinen ympäristö on muistisairaahan kannalta myös tärkeä tekijä. Hoitajan luoma oikeanlainen ympäristö on kannustava ja toimin-

takykyä tukeva. Hyvä hoitaja myös kunnioittaa potilaiden erilaisuutta. Hoitaja kannustaa asukasta itsenäiseen tekemiseen kiireettömästi ja avustaa tarvittaessa. Tämä mahdollistaa asukkaalle yhteistyökykyisen ilmapiirin ja mahdollistaa aktiivisen osallistumisen omaan arkirutiiniin. (Lähdesmäki ym. 2014, 51–57.)

## 6.2 Viriketoiminta muistisairaahan hoitotyössä

Hyvä ja monipuolinen viriketoiminta tukee muistisairaahan asukkaan psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä kuntoa ja toimintakykyä. Viriketoiminnan katsotaan parantavan mielialaa, henkistä suorituskkyä, vähentävän käytösoireita ja parantavan elämänlaatua (Suhonen ym. 2008, 14). Viriketoiminnassa on tärkeää ottaa asukas huomioon kokonaisuutena. Ennen toimintaa tulee myös ottaa huomioon asukkaan kyseisen päivän kunto ja vireystila. Hoitajat voivat myös käyttää hyväksi omia vahvuuksiaan viriketoimintaa suunnitellessa, kuten musikaalisuutta tai kädentaitoja. (Heimonen ym. 2001, 85.)

Psyykkistä ja sosiaalista viriketoimintaa yksinkertaisimmillaan ovat erilaiset keskustelut, joita asukkaat voivat käydä toistensa sekä hoitajien kanssa. On tärkeää, että hoitajalla olisi aikaa jokaiselle potilaalle, jotta he voivat keskustella juuri heihin liittyvistä asioista kuten turvattomuuden tunteesta ja peloista. Tämä voi vähentää asukkaiden levottomuutta ja käytösoireita. Myös erilaiset pelit ja kilpailut ovat hyviä virikkeitä. Osalle asukkaista voi olla myös tärkeää päästä tekemään arkisia askareita kuten tiskausta tai siivousta sekä muita kodin askareita. (Heimonen ym. 2001, 85.)

Musiikilla on suuri rooli viriketoiminnassa, sillä musiikki koskettaa ihmisiä vielä aivan viime tietoisuuteen saakka. Musiikki tarjoaa myös turvallisuuden tunnetta, lohdutusta ja monenlaisia tunteita. (Heimonen ym. 2001, 99.) Musiikki stimuloi aivoja vaikuttaen mielialaan, vireystilaan ja kognitioon. Musiikista on myös apua vuorovaikutuksen kanssa sellaisten asukkaiden kanssa, joiden puhekyky on heikentynyt. Esimerkiksi pesutilanteen aikana hoitajan laulaessa tai taustalla musiikin soidessa lisää huomattavasti myönteistä vuorovaikutusta hoitajan ja asukkaan välillä. Toimintatuokioiden lisäksi myös hoitorutiinien aikana, kuten pesutilanteissa voi käyttää musiikkia, jolloin toimenpide sujuu juohevammin. (Numminen, Eloniemi-Sulkava, Topo & Valtonen. 2011, 21.)

Fyysinen viriketoiminta on tärkeää jo pelkästään hyvän fyysisen toimintakyvyn ylläpidon vuoksi. Tärkein virike on liikunta, kuten ulkoilumahdollisuus ja kävelylenkit, jotka väsyttävät luonnollisesti ja vähentävät rauhottomuutta iltaa kohden. Myös erilaiset jumpat ja sisäliikunta ovat hyviä keinoja, joilla ylläpidetään lihaksistoa ja jaksamista toimia omassa arjessa paremmin. (Heimonen ym. 2001, 85.) Säännöllinen liikunta muodosta riippumatta parantaa muistisairaankommunikaatioita, mielialaa, toimintakykyä sekä henkistä suorituskkyä (Suhonen ym. 2008, 14).

Paason haastattelututkimuksen perusteella fyysinen viriketoiminta on hyvin tärkeää muistisairaille, sillä erityisesti fyysinen toimintakyky nosti elämänlaatua muistisairailla paljon. Fyysisen kunnon ja liikuntakyvyn heikkeneminen pienessäkin määrin koettiin hyvin negatiiviseksi asiaksi normaalissa arjessa. Itsenäinen kyky liikkua lisäsi myös tunnetta, että pystyy huolehtimaan itsestään. (Paaso 2013, 26–27.)

### 6.3 Muistisairaank päivittäisten toimintojen hoitotyö

Päivittäin toistuvilla toiminnoilla, kuten pukeutumisella, peseytymisellä, syömisellä ja wc:n käyttämisellä tarkoitetaan päivittäisiä toimintoja (Iivanainen & Syväoja 2012, 490). Päivittäisissä toiminnoissa muistisairaank asukkaan tukeminen on tärkeää. Niistä suoriutuminen vaikuttaa asukkaan kokemukseen elämän laadusta ja on siksi tärkeää pyrkiä siihen, että muistisairas saa tehdä mahdollisimman paljon itse ja kiireettömässä ympäristössä. Hoitajalta kysytään paljon kärsivällisyyttä, sillä muistisairaus hidastaa potilaan tekemistä paljon. On kuitenkin tärkeää, että potilas saa itse vaikuttaa hoitoonsa ja tehdä mahdollisimman paljon oman kykynsä mukaan itse asioita. Hoitajan roolissa tärkeää on tukea ja kannustaa potilasta sekä tarvittaessa auttaa sen verran kuin muistisairas apua tarvitsee. Arjen rutiinit ovat tärkeitä muistisairaille ja takaavat hyvän ja turvallisen hoidon sekä rauhoittavat tekemistä. Itse tekeminen ja osallistuminen omaan elämään tukevat asukkaan jaksamista ja toimintakyvyn säilymistä. (Hallikainen ym. 2014, 134–135.)

Päivittäisiä toimintoja helpottaa potilaank vuorokausirytmien ylläpito, jota auttaa hyvä valaistus ja selkeät rutiinit päivän aikana. Potilasta myös helpottaa, kun hänellä on kalenteri, josta hän näkee päivän ja kuukauden. Tämän lisäksi hy-



vä keino ylläpitää vuorokausirytmää on kello, jolla asiakas pysyy mukana ajankulussa. Kellon hahmotus vaikeutuu sairauden edetessä. (Hallikainen ym. 2014, 136.)

Päivittäisiä toimia helpottaa, kun vaatteet ovat helposti puettavia, jotta muistisairas saa itse puettua ne päälle. On myös tärkeää, että vessat ja pesutilat ovat selkeästi merkitty ja helposti löydettävissä, jotta asukas osaa niihin itse hakeutua. Osalla muistisairaista hämärtyy vessaan menon tarve, ja hoitajan onkin hyvä tukea tätä välillä kysymällä wc-käynnin tarvetta ja ohjata sinne itsenäisesti hakeutumaan, jos asukkaan kunto sallii. Myös peseytymisessä omatoimisuuteen kannustetaan ja avustetaan tarpeen mukaan. Tässä tulee myös huomioida pesutilojen turvallisuus ja helppokäyttöisyys, jotta esimerkiksi kaatumisia ei tapahdu. (Hallikainen ym. 2014, 138–140.)

Hultqvistin tutkimuksen mukaan perushoidossa hoitajan toimintamalliin vaikuttaa vahvasti hoitajan viihtyminen työpaikallaan, oman luovuutensa käyttäminen sekä työkokemus ja osaaminen. Siksi näihin asioihin olisi tärkeää panostaa, jotta muistisairaat saavat parasta hoitoa päivittäisissä toiminnoissa eikä hoito mene robottimaiseen ja hyljeksivään suuntaan, mikä ei edistä potilaan jaksamista ja kuntouttavaa työtä. Myös asiakkaan vuorovaikutus ja hoitomyönteisyys vaikuttaa siihen toimiiko hoitaja taitavasti vai enemmän rutiinilla ja hyljeksivästi. (Hultqvist 2013, 35–57.)

#### 6.4 Muistisairauksien käytösmuutosten hoitotyö

Muistisairauksiin liittyy olennaisena osana käyttäytymisen muutokset. Nämä muutokset johtuvat useista tekijöistä, joita ovat aivojen välittäjäainemuutokset, hermoverkoston rappeutuminen, muistin ja toiminnanohjauksen häiriöt, ympäristön turvattomuus sekä levottomuus ja muut sairaudet. Käytösoireita tai psykiatrisia oireita esiintyy 90 % potilaista jossain vaiheessa dementoivaa sairautta. (Pitkälä 2004, 3613.) Alzheimerin taudissa agitoitumista esiintyy joka toisella ja aggressiivisuutta joka neljännellä. Kolmasosalla muistipotilaista esiintyy harhaluuloja tai aistiharhoja. (Leinonen & Santala. 2002, 3363.)

Yleisimpiä käytösoireita on apatia, masennus, levottomuus ja aggressio, ärtyneisyys, ahdistus, harhaluulot ja estottomuus sekä mania ja aistiharhat. On

tavallista, että muistisairaalla esiintyy edellä mainituista käytösoireista usein kaksi tai vielä useampi oire samanaikaisesti. (Hallikainen ym. 2014, 48–49.)

Muistisairaiden vanhusten käytösoireita vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa on tutkittu Kirsti Suontaka-Jamalaisen vuonna 2011 julkaistussa pro gradu -tutkielmassa ”Muistisairaalan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa”. Osastohoidossa olevilla muistisairailla yleisiä käytösoireita olivat välinpitämättömyys, apaattisuus, surullisuus, masentuneisuus, levottomuus sekä aggressiivisuusoireet. Aggressiivisiin oireisiin vanhuspsykiatrisessa hoidossa lukeutuivat esimerkiksi hoidon vastustaminen, huutaminen, kiroselu, itsepäisyys, irtaimiston sekä ympäristön hajottaminen sekä yrityksiä lyödä tai vahingoittaa muita ihmisiä. (Suontaka-Jamalainen 2011, 26.)

Psykoottiset oireet olivat myös vanhuspsykiatrisessa hoidossa yleisiä, joista yleisimpänä esiintyi harhaluuloja. Näihin lukeutui etenkin vainoharhat ja uskomus siitä, että joku yrittää vahingoittaa potilasta. Hoitoon tullessa myös yli puolella tutkittavista esiintyi aistiharhoja. Käytösoireilu ilmeni myös ärtyisyytenä, mielialanvaihteluna, ahdistuneisuutena, uni- ja valverytmin häiriöinä sekä ruokahalun ja syömisen häiriöinä. (Suontaka-Jamalainen 2011, 27–31.)

Syömisongelmat voivat ilmentyä ruokailun vastustamisena, välinpitämättömyytenä ravinnosta, ruokahaluttomuutena sekä puremis- ja nielemisongelmina. Näiden oireiden ilmaantuessa muistisairaalla asukkaalla on ensin hyvä sulkea pois mahdolliset muiden sairauksien tai lääkityksen aiheuttamat haitat. Esimerkiksi antikolinergiset lääkkeet voivat aiheuttaa suun kuivuutta ja kipulääkkeet ruokahaluttomuutta. Asukkaan ruokailun vastustelu voikin siis johtua muusta syystä, kuin diagnosoidusta muistisairaudesta. Syöttämistekniikka, ruoan laatu, ruokailu tilanne ja muut vastaavat ruokailuun liittyvät oleelliset asiat voivat myös olla taustalla asukkaan ruokailun vastustamisessa. (Antikainen, Konttila, Strandberg & Virolainen 2013, 911–912.)

Reetta Saarnion, Ulla Mustosen ja Arja Isolan vuonna 2011 Hoitotiedelehdessä julkaistussa tutkimuksessa ”Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja toimintatavat” käsitellään erityisesti muistisairaiden erilaisia käytösoireita hoitajien kokemana ja hoitajien toimintatapoja niiden hoidossa. Tutkimuksessa käytösoireet jae-

taan neljään faktoriin: aggressiivinen käyttäytyminen, muita vanhuksia häiritsevä levottomuus, sisäinen levottomuus sekä itseään vahingoittava käyttäytyminen.

Aggressiivista käyttäytymistä on esimerkiksi huutaminen, kirkuminen, sylkeminen, fyysinen ja kielellinen aggressiivisuus sekä hoitotoimenpiteiden vastustaminen. Muita vanhuksia häiritsevä levottomuus sisältää yleistä levottomuutta ja rauhattomuutta, ulosteilla sotkemista, toisten vanhusten henkilökohtaisiin tiloihin menemistä, häiritseviä pöytätapoja sekä tavaroiden rikkomista. (Saarnio, Mustonen & Isola 2011, 50.)

Vanhuksen sisäinen levottomuus ilmenee epäluuloisuutena, nukkumisvaikeuksina, ohjeiden seuraamattomuutena sekä passiivisuutena. Itseään vahingoittava käytös ilmenee pilaantuneen tai muuten kelpaamattoman ruoan syömisenä, poikkeavana seksuaalisena käytöksenä sekä itsetuhoisuutena. (Saarnio ym. 2011, 50.)

Käyttöoireet ovat hoidossa haastavia sekä ongelmallisia, ja ne voivat olla ohimeneviä tai jatkua vuosia. Käyttöoireita hoidetaan lääkkeettömästi ja lääkkeellisesti. Lääkkeettömän hoidon peruseräite on, että potilaan tarpeista pyritään huolehtimaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja perusteetonta rajoittamista sekä avuttomuuden korostamista vältetään. Dementoituneen käyttöoireita tulee hoitaa lääkkeellisesti vasta silloin, kun oireet vaikuttavat potilaan selviytymiseen tai rasittavat potilasta tai omaisia. (Leinonen & Santala. 2002, 3363–3364.) Käyttöoireita hoitaessa tulisi ensisijaisesti selvittää, mitä asukas yrittää oireellaan ilmentää, ja kohdistaa hoito tähän taustalla olevaan tunnepohjaiseen syyhyn. Tulee selvittää, onko asukkaan käyttöoireiden taustalla esimerkiksi masennus vai ympäristön ymmärtämättömyys tai onko asukkaan aggressiivisuuden taustalla asukkaan pyrkimys peittää mielessä pyöriviä psykoottisia pelkoja. Ahdistuneen asukkaan käytöksen taustalla voi olla surua ja huolta omasta tilanteesta, masennusta tai harhoja. (Pitkälä. 2004, 3617.)

Muistisaira vanhuksen käyttäytyessä haasteellisesti on mahdollisena toimintamallina ymmärtävä toimintatapa. Tämä pitää sisällään esimerkiksi huumorin avulla käyttöoireisiin suhtautumisen, vanhukselle toiminnan järjestämistä (esim. musiikin kuuntelu, kävelylenkki, keskustelu), lähellä olemista ja kos-

kettamista rauhoittamiseksi sekä oireilun syyn selvittämistä keskustellen jos mahdollista. (Saarnio ym. 2011, 52.)

Rajoittavia toimintatapoja käytösoireilun käsittelyssä on esimerkiksi rauhoittava lääkitys, omaan huoneeseen vienti, geriatriseen tuoliin istuttaminen tai liikumisen estäminen. Epäammatillisia toimintatapoja käytösoireiden hoidossa ovat maltin menettäminen, fyysisen voiman käyttö, komentaminen ja vanhuksen oireilun tahallinen huomiotta jättäminen. (Saarnio ym. 2011, 50.)

Hyvän hoidon ja ympäristön avulla kompensoidaan potilaan puutteita ja tuetaan toimintakykyä. Hyvä ja rauhallinen ohjaus vähentävät arjen toimissa, kuten pesu ja wc-toiminnoissa potilaiden aggressiivisuutta ja saattaa riittää käytösoireiden hoitoon. Hyvä käytösoireiden lääkkeetön hoito tarkoittaa erilaisten psykososiaalisten lähestymistapojen käyttöä sekä selkeää opastusta ja ohjausta ja hyvää vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä. Hoitavien ihmisten vuorovaikutustaitojen kehittäminen ja yksilölliseen hoitamiseen keskittyminen ovat keskeisessä roolissa käytösoireiden hoitamisessa. Käytösoireiden lääkkeettöminä hoitokeinoina voidaan käyttää tunne- ja virikepainotteisia terapioidia, käyttäytymistä muokkaavaa terapiaa, ryhmätoimintoja sekä erilaisia virike-toimintoja. (Erkinjuntti ym. 2015, 474–475.) Hoitoympäristön järjestelyillä voidaan myös vaikuttaa oireisiin. Selkeä ja turvallinen, helposti jäsentyvä ympäristö lievittää hahmottamisongelmia ja väärintulkintoja potilaan osalta. (Leinonen & Santala 2002, 3363–3364.)

Aggressiivinen käyttäytyminen dementiapotilaalla usein ajoittuu tiettyihin tilanteisiin, kuten hoitotoimenpiteisiin. Dementoitunut potilas ei pysty ymmärtämään, mitä ja minkä vuoksi toimenpidettä ollaan tekemässä. Aggressiota laukaisevat tilanteet pitäisi kartoittaa ja mahdollisuuksien mukaan yrittää välttää niitä. Käytösoireita laukaisevia tilanteita voidaan välttää tai tilanteen sattuessa voidaan suunnata potilaan huomio toisaalle, jolloin hankalien tilanteiden läpi päästään ilman lääkitystä. Mikäli potilaalle on mahdollista tarjota oikeaan aikaan häntä kiinnostavia ja hänelle sopivan tasoisia virikkeitä, voidaan käytösoireiden riskiä vähentää huomattavasti. (Leinonen & Santala 2002, 3364.)

Käytösoireiden lääkkeellisessä hoidossa käytetään pääasiassa psykoosilääkkeitä, joista hyötyvät vähintään puolet potilaista, ja ne alkavat yleensä vaikut-

taa kuukauden kuluessa. Oikeanlaisella lääkityksellä voidaan parantaa muistisairauksien käytösoireista kärsivien elämän laatua merkittävästi. Usein on aiheellista käyttää oireiden hoitoon sekä lääkitystä että psykososiaalisia hoitoja, jotta saadaan parhaat tulokset. (Hallikainen ym. 2014, 58–59.)

## 6.5 Muistisairas ja vuorovaikutus

Muistisairaahan hoidossa on tärkeää huomioida, että muistisairaahan hyvinvointi ei synny rationaalisesta ajattelusta tai realiteeteista vaan perustuu siihen, kuinka ihminen kokee sen hetkisen tilanteen, ympäristön ja vuorovaikutustilanteen. Siksi onkin tärkeää, että hoitaja luo vuorovaikutuksella potilaalle hyvin ja turvallisen olon sekä antaa mahdollisuuden potilaalle tuntea itsensä arvostetuksi. Vaativat tilanteet vaativat myös, että henkilökunta voi työpaikallaan hyvin. (Sormunen & Topo 2008, 128.)

Haasteita vuorovaikutukseen potilaan kanssa luo se, että muistisairaudet aiheuttavat lähimuistin katoamista ja käytösoireiden lisääntymistä, joiden ehkäisyssä hyvä vuorovaikutus korostuu. Kuitenkin pitkälle edenneessäkin taudissa on potilaalla säilynyt älyllisen toiminnan osa-alueita, joita voidaan kommunikiossa hyödyntää. Muisti, kielelliset kyvyt ja ympäristön hallinta ovat yleensä pahasti häiriintyneet sairauden edetessä, mutta musiikillinen taju, tunneviestintä ja sosiaaliset taidot säilyvät pitkään ennallaan. (Sormunen & Topo 2008, 128–129.) Muistisairas pyrkiikin yleensä viimeiseen asti kommunikoi-  
maan niillä keinoilla joita hänellä on jäljellä. On hyvä muistaa, että kommunikointi ja tarpeidensa tietoon saattaminen on hyvin haastavaa ilman sanoja. Jokainen ihminen tarvitsee läheisyyttä, turvaa ja tietoa siitä, että kaikki asiat ovat hyvin, vaikka eivät he sitä pystyisi sanoin kertomaankaan hoitajalleen (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 315).

Koska muistisairaahan todellisuuden ja ympäristön kokeminen muuttuu ja osittain häiriintyy, korostuu hoidossa psykososiaalinen aspekti. Hyvä hoitotyö perustuu hoitajan tietoon asiakkaan persoonallisuudesta, elämänhistoriasta, sairauden kulusta sekä hyvää tilanteen lukutaitoa konfliktien välttämiseksi (Sormunen & Topo 2008, 128). Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee myös kunnioittaa mahdollisuuksien mukaan, riippuen kuinka pitkälle sairaus on edennyt. Tulee myös ottaa huomioon, että jokainen elää elämäänsä haluamallaan ta-

valla ja käsittelee muistisairauttaan ja hoitotoimenpiteitä eritavalla. Hoidossa tulee myös muistaa, että vaikka muistisairas ei enää kykene ilmaisemaan tai osoittamaan tunteitaan, ei se tarkoita ettei, hän edelleen niitä tuntisi. Siksi on tärkeää kohdata potilas aina ystävällisesti ja kunnioittaen ja hoitaa nolommat tilanteet hienotunteisesti. (Virjonen. 2013, 173.)

Qvickin haastattelututkimuksessa nousi esille, että vuorovaikutus potilaan kanssa on hoitotyössä hyvin tärkeässä roolissa. Muistisairaahan hoidossa on erityisen tärkeässä roolissa hoitajan vuorovaikutustaidot. Niiden avulla hoitaja pystyy lukemaan potilasta paremmin ja hän pystyy tunnistamaan tämän mielialojen vaihtelut, erilaiset asenteet sekä mahdolliset tunnereaktiot. Hän pystyy näin myös helpommin tukemaan potilasta ja ehkäisemään mahdollisia hoidollisissa tilanteissa syntyviä ristiriitaisia tilanteita. Hyvään hoitosuhteeseen tarvitaan myös tasa-arvoista kanssa käymistä ja kommunikointia muistisairaahan kanssa. Hyvä hoitaja myös kannustaa ja tukee potilasta tekemään itse ja osallistumaan omaan hoitoonsa voimavarojensa mukaan. (Qvick 2008, 28.)

Hoitotilanteissa on tärkeää, että muistisairas kohdataan aikuisena ja tasavertaisena ihmisenä, häntä nöyryyttämättä. Hoitajan on myös hyvä tiedostaa omia ilmeitään ja eleitään hoitotilanteissa väärinymmärrysten välttämiseksi. Jokainen hyödyntää omaa persoonaansa, eikä yhtä oikeaa tapaa ole. Myös kiireettömän ilmapiirin luominen on hyvin tärkeää muistisairaahan kannalta. (Qvick 2008, 35–36.)

Avoin ja luottamuksellinen suhde hoitajan ja muistisairaahan välillä on tärkeä tekijä hoidon laadun sekä asiakaslähtöisyyden kannalta. Myös myönteinen ensikontakti hoitopaikkaan sekä hoitajiin on tärkeä tekijä potilaan viihtyvyyden kannalta (Porre-Mutkala 2012, 47). Hoitajalla on suuri vastuu hoidettavaan verrattuna ja hänen tulee välttää vallan väärinkäyttöä hoitosuhteessa. Hoidossa tulisi välttää ”hoivapuhetta”, jossa hoitajalla on ajatusmallinaan, että hän ammattilaisena määrittää, mitä tehdään ja miten viestitään asia asukkaalle, jolloin asiakkaan on määrä toimia halutulla tavalla. Jos muistisairas ei tähän suostu, voidaan hänet helposti leimata huonosti käyttäytyväksi tai jopa käytösoireiseksi. Hoivapuhe ei kannusta potilasta olemaan hoidossa aktiivinen ja osallistumaan vuorovaikutukseen. (Haapala ym. 2013, 315–316.)

## 6.6 Vuorovaikutus ja omaiset

Hoitajien osaaminen on myös suuressa roolissa omaisten tukemisessa ja ohjaamisessa. Usein hoitaja on aloitteen tekevä osapuoli ja huolehtii yhteydenpidosta omaisiin. Perhe on pysyvä osa muistisairaana elämä ja siksi sen huomioiminen hoidossa on erityisen tärkeää. Omaiset tuntevat parhaiten muistisairaana elämänhistorian, elämän aikaisen vakaumuksen ja kulttuurin sekä myös tämän mahdolliset toiveet. Omaisten rooli korostuu muistisairauden edessä, sillä he tuntevat tämän pitkältä ajalta ja voivat toimia tulkkeina erilaisissa tilanteissa, kun potilas ei enää itse kykene puhetta tuottamaan tai muuten ilmaisemaan tarpeitaan. (Sormunen & Topo 2008, 130.) Kuitenkin on tärkeää aina ensisijaisesti yrittää kommunikoida muistisairaana itsensä kanssa vaikka, sairaus olisi edennyt pitkälle, ja vasta toissijaisesti omaisten kanssa (Virjonen 2013, 172).

Hoitajalta kysytään paljon taitoa tunnistaa omaisten tuen ja tiedon tarve. Usein omaisilla saattaa olla hyvin epärealistinen käsitys potilaan tilasta ja hoidosta. Tärkeää omaisten kanssa on luoda luottamuksellinen ilmapiiri ja tarjota mahdollisuus potilaan hoitoon osallistumiselle ja hoitoon liittyviin päätöksiin vaikuttaminen sekä pitää heidät ajan tasalla hoidosta ja muistisairaana tilasta. Hoitajien on myös tärkeä kannustaa omaisia osallistumaan hoitoon, sillä se parantaa myös muistisairaana elämän laatua ja voi tehdä joistakin hoidollisista tilanteista mukavampia. (Qvick 2008, 37–39.)

Moni omainen ei pidä dementiaa kuolemaan johtavana sairautena, ja he kokevatkin sen loppuvaiheen erilaiseksi muihin sairauksiin verrattuna johtuen dementian pitkäkestoisesta vähitellen tapahtuvasta henkisten kykyjen menettämisestä. Omaisten on todettu olevan tyytyväisiä loppuvaiheen hoitoon, jos hoito on tapahtunut dementiaan erikoistuneessa yksikössä, potilas on oireeton ja kun hoitohenkilökunnalla on ollut riittävästi aikaa keskustella heidän kanssaan hoitolinjauksista. Hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä oleva luottavainen suhde on erityisessä roolissa dementian loppuvaiheen hoidossa ja omaisten tulisi saada riittävästi tietoa hoidosta ja mahdollisuuksien mukaan osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin. (Antikainen, Konttila, Strandberg & Virolainen. 2013, 913.)

Porre-Mutkalan kyselytutkimuksen mukaan omaiset kokevat tärkeänä asiana sen, että potilaita huomioitaisiin paremmin yksilöinä sekä että aikaa riittää enemminkin potilaan hyvään hoitotyöhön kuin omaisten kanssa käytävään vuorovaikutukseen. On myös tärkeää kuunnella omaisia, sillä usein he saattavat huomata potilaan käytöksessä muutoksia ennen hoitajia. (Porre-Mutkala 2012, 47–51.)

## 7 SISÄLLÖNANALYYSI

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Se on menetelmä, jolla voidaan analysoida kaikkea dokumentoitua aineistoa ja tässä työssä on analysoitu hoitotieteen kirjallisuutta ja tutkimuksia. Sisällönanalyysia voidaan käyttää niin kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen aineistojen analysoinnissa väljänä teoreettisena kehyksenä. Laadullisessa tutkimuksessa useimmat eri nimillä kulkevat analyysimenetelmät perustuvat tavalla tai toisella sisällönanalyysiin. Sen avulla voidaan tehdä hyvin monenlaisia tutkimuksia, eikä se aina ole sidottu pelkästään laadulliseen tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93–97.) Koska tämän opinnäytetyön aineisto koostuu kirjallisesta aineistosta, analysointi menetelmäksi valittu sisällönanalyysi mahdollistaa laatuksiteerien kannalta aineiston olennaisen tarkastelun.

Sisällönanalyysissa olennaista on, että tutkitusta aineistosta erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tutkittua aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Tekstin sanat, fraasit ja muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkitystensä perusteen mukaan eli samaa merkitsevät asiat samaan luokkaan. Käsitteiden samanlaisuus on tutkimuksen tarkoituksesta riippuvainen ja se määrittää, miten sanoja voidaan yhdistää ja luokitella. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23; Tuomi & Sarajärvi 2002, 102–105)

Analyysiprosessi etenee pelkistetyksi siten, että valitaan analyysiyksikkö, tutustutaan aineistoon, minkä jälkeen pelkistetään aineisto ja luokitellaan se sekä tulkitaan ja viimeiseksi arvioidaan luotettavuus. Vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti ja se on usein monipuolisempi kuin edellä kuvattu. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24–27 ; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115)



Tässä työssä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysiä eli ensin on kysytty työn kannalta oleellinen tutkimuskysymys: Mitkä asiat korostuvat muistisaira-an hoitotyössä? Tämän tutkimuskysymyksen pohjalta on lähdetty tutkimaan ja tarkastelemaan laajasti muistisairauksiin liittyvää kirjallisuutta yrittäen löytää kirjallisesta aineistosta vastausta tähän kysymykseen.

Tämän jälkeen aineistosta nousseita asioita on kirjattu ylös, alleviivattu ja vertailtu keskenään. Tämän jälkeen pelkistetty aineisto on ryhmitelty yhtäläisyyksien mukaan siten, että samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetty samaksi luokaksi ja annettu sille sen sisältöä parhaiten kuvaava nimike. Esimerkiksi hoitolaitoksissa fyysiset tilat kuten oviaukot, huonekalujen ja peilien sijoittelu sekä toimintatilojen väljyys on pelkistetty saman otsikon alle, josta muodostui otsikko "Ympäristön vaikutukset". Aineistoista on siis koostettu samansisältöisiä yläluokkia, jotka yhdistävät muistisairaanhoidossa korostuvat asiat isoiksi pääotsikoiksi työhömmme. Samalla tavalla ovat muodostuneet myös muut työn otsikot, joiden pohjalta laatukriteerit muodostetaan. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115.)

Näin on saatu aikaan tässä työssä tarkasteltavat hoidon laatua määrittävät otsikot. Tämän jälkeen on etsitty tutkimuksia ja muuta alan tärkeää kirjallisuutta kuten hoitotieteen artikkeleita muodostettujen otsikoiden pohjalta (ks. luku 5, hakutaulukot). Tällaisella täydentävällä haulla on pyritty saamaan mahdollisimman uutta ja validia tutkimustietoa tukemaan käytettyä kirjallisuutta sekä mahdollisimman hyvin palvelevien laatukriteerien muodostusta. Tällaisella laajalla katsauksella on pyritty saamaan mahdollisimman kattavat ja luotettavat laatukriteerit, jotka ovat tiivistettyä teoreettisesta materiaalista konkreettisiksi laatukriteereiksi. Seuraavassa listassa on sisällönanalyysi kuvattu kohta kerrallaan (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115):

- 1) Ensin on perehdytty alan kirjallisuuteen.
- 2) Esille nousseita asioita on kirjattu ylös ja alleviivattu.
- 3) Aineistoa on vertailtu keskenään.
- 4) Aineisto on pelkistetty ja ryhmitelty yhtäläisyyksien mukaan ja yhdistetty samaksi luokaksi ja nimetty se.

- 5) Aineistosta on koostettu saman sisältöisiä yläluokkia, jotka muodostivat pääotsikot laatukriteereille.
- 6) On etsitty tutkimuksia ja muuta alan tärkeää kirjallisuutta, jotka tukevat kirjallisuudesta nousseita pääotsikoita.
- 7) Täydentävällä haulla on pyritty saamaan mahdollisimman uutta tutkimustietoa.

## 8 LAATUKRITEERIEN LAADINTA

### 8.1 Kirjallisuudesta ja tutkimuksista muodostuneet laatukriteerit

Kuten jo aiemmin kappaleessa 6 nousi esiin, laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980) määrittää oleellisesti hoitotyön yleistä toimintaa vanhusten hoidossa, jolloin sieltä nousee esiin oleellisia seikkoja myös laatukriteereitä määrittäessä. Laki toimii siis pohjana kaikelle toiminnalle vanhustenhoitotyössä ja sitä kautta määrittävät kulmakivet, jolla hoidon laatua tarkastellaan ja määritellään.

Perehdyttyämme laajasti vanhustyötä ja muistisairauksia koskevaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin nousi sieltä esiin useita tärkeitä elementtejä. Näitä muistisairauksien hoitotyössä esiin nousevia elementtejä ovat muun muassa ympäristön vaikutukset, viriketoiminta, päivittäiset toiminnot, käytösoireet sekä vuorovaikutus potilaan ja omaisten kanssa. Näiden elementtien tiedostaminen ja huomioiminen laatukriteerejä muodostaessa on oleellisessa osassa, jotta laatukriteereistä saadaan mahdollisimman kattavat.

Kyseessä olevat hoitotyön elementit ovat nousseet esiin muistisairauksia tutkivasta kirjallisuudesta. Keskeisimmät teokset alaotsikoiden määrittämisessä ovat olleet: Muistisairaudet 2015 (Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H.), Vanhuksen parhaaksi - Hoitaja toimintakyvyn tukijana 2014 (Lähdesmäki, L. & Vornanen, L.), Laadukkaat dementiapalvelut - Opas kunnille 2008 (Sormunen, S. & Topo, P.) sekä Muistisairaahan kuntouttava hoito 2014 (Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M.).

Muistisairaanhoidotyössä, kuten kaikessa muussakin hoitotyössä, on tärkeää huomioida, että ihmisiä tulee tarkastella fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalise-

na kokonaisuutena. Tämän vuoksi on huomioitava muutakin, kuin ihmisen muistisairaus ja kohdella häntä yksilönä, jolla on yksilölliset tarpeet. Näiden seikkojen pohjalta päädyimme valitsemaan edellä mainitut alaotsikot, joista laadimme valmiit laatukriteerit Koskenrinteelle, joista koemme olevan eniten hyötyä päivittäisessä hoitotyössä sekä hoitajalle että potilaalle.

## 8.2 Muistisairaahan asukkaan hoitotyön laatukriteerit

### **Ympäristötekijät muistisairauksien hoitotyössä**

#### Tilojen suunnittelu

- Tilat pidetään helppokäyttöisinä ja esteettöminä (esim. tavaroita ei säilytetä käytävillä).
- Tilojen tulisi olla helposti hahmotettavissa olevia ja avaria.
- Tilojen tulisi mahdollistaa liikkuminen ja omatoimisuus (esim. tukikaiteet ja tarttumaraudat).
- Keskeisiin paikkoihin pidetään lyhyet etäisyydet (esim. wc).
- Ympäristön pitäisi mahdollistaa ulkoileminen.
- Huomioidaan valaistus ympäristön suunnittelussa (esim. varjot voivat lisätä käytösoireita).
- Huomioidaan akustiikka ympäristön suunnittelussa (esim. ylimääräisten melun minimointi).
- Pintojen ja esineiden värit tulee pitää selkeinä ja kuvioinnit yksinkertaisina.
- Peilejä sijoitetaan vähän yleisiin tiloihin käytösoireiden välttämiseksi.
- Kodinomaisuus: omat vaatteet ja omat tavarat vähentävät oireilua (esim. juhlapyhien teeman mukainen koristelu).
- Ympäristön muuttumisen ja tavaroiden siirtely minimoidaan: tavaroiden siirtely pois omilta paikoiltaan aiheuttaa hämmennystä muistisairaalle ihmiselle.

#### Ympäristön turvallisuus

- Ulospääsyreitit pidetään lukittuina.

- Vaaralliset esineet ja aineet säilytetään lukituissa tiloissa.
- Kanslian tulisi olla keskeisellä paikalla helpottaen valvontaa.
- Turvallisuuden apuvälineitä hyödynnetään (esim. liukumattomat kengät ja lonkkahousut).
- Huonekalujen tulisi olla turvallisia (ei esimerkiksi teräviä reunoja).
- Sängynlaitoja käytetään vain tarvittaessa, jotta asukas ei putoa korkealta kiivetessään laidan yli.
- Mattojen, kynnysten ja portaiden aiheuttamia vaaratilanteita ennaltaehkäistään.

### **Viriketoiminta muistisairaahan hoitotyössä**

Psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia tukeva viriketoiminta

- Huomioidaan asukkaan kyseisen päivän kunto ja vireystila ennen viriketoiminnan toteuttamista.
- Hyödynnetään hoitajien henkilökohtaisia taitoja ja vahvuuksia viriketoiminnan järjestämisessä (esim. musikaalisuus).
- Käydään avointa keskustelua asukkaan kanssa turvallisuudentunteesta ja peloista, joka voi vähentää käytösoireita.

Fyysistä hyvinvointia tukeva viriketoiminta

- Edesautetaan musiikilla ja laululla hoitajan ja asukkaan vuorovaikutusta myönteisesti.
- Mahdollistetaan asukkaalle arkisiin askareisiin osallistuminen mahdollisuuksien mukaan (esim. tiskaus tai siivous).
- Käytetään erilaisia pelejä ja kilpailuja muistisairaahan aktivointiin.
- Luodaan mahdollisuus liikuntaan ja ulkoiluun (erilaiset jumpat ja sisäliikunta hyviä tukemaan fyysistä jaksamista).

### **Muistisairaahan päivittäisten toimintojen hoitotyö**

- Annetaan asukkaalle mahdollisuus vaikuttaa itse hoitoonsa.

- Annetaan asukkaan tehdä itse mahdollisimman paljon oman jaksamisensa mukaan.
- Hoitajan roolin tulisi olla asukkaan tukeminen, kannustaminen ja auttaminen tarvittaessa sen verran kuin apua tarvitaan.
- Luodaan asukkaalle kiireetön ilmapiiri mahdollisuuksien mukaan.
- Ylläpidetään vuorokausirytmisiä ja selkeitä päivärutiineja.
- Käytetään kelloa ja kalenteria ajankulun hahmottamiseen.
- Käytetään helposti päälle puettavia vaatteita omatoimisuuden säilyttämiseksi.
- Wc- ja pesutilat merkitään selkeästi.

### **Muistisairauksien käytösmuutosten hoitotyö**

- Syömisongelmien ilmentyessä suljetaan pois ensin muut syyt, kuten lääkityksen haitat ja muut sairaudet (esim. antikolinergiset lääkkeet voivat aiheuttaa suun kuivuutta ja kipulääkkeet ruokahaluttomuutta).
- Tarvittavia lääkkeitä käytetään vasta kun käytösoireet vaikuttavat potilaan selviytymiseen.
- Perusteeton rajoittaminen minimoidaan ja avuttomuuden korostamista vältetään.
- Selvitetään onko käytösoireiden takana esim. masennus, harhat, suru tai huoli asukkaan omasta tilanteesta.
- Käytösoireita hoidetaan ymmärtävällä toimintatavalla, kuten huumorin käytöllä, toiminnan järjestämisellä, lähellä olemisella ja koskettamisella rauhoittamiseksi.
- Rajoittavaa toimintaa toteutetaan tarpeen mukaan (esim. huoneeseen vienti tai rauhoittava lääkitys).
- Tarjotaan asukkaalle tunne- ja virikepainotteisia terapioita sekä käytöstä muokkaavaa terapiaa ja ryhmätoimintoja.
- Aggressioita laukaisevia tilanteita kartoitetaan ja ennaltaehkäistään mahdollisuuksien mukaan.

## **Muistisairas ja vuorovaikutus**

- Luodaan asukkaalle vuorovaikutuksella turvallinen olo ja mahdollisuus tuntea itsensä arvostetuksi.
- Hoitajan tulisi olla perillä asukkaan sairaushistoriasta, persoonallisuudesta, elämänhistoriasta sekä omata hyvä tilanteenlukutaito konfliktien välttämiseksi.
- Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja asukkaan kanssa käydään tassa-arvoista kanssakäymistä muistisairauden tila ja vaihe huomioiden.
- Tiedostetaan omat ilmeet ja eleet hoitotilanteissa väärinymmärrysten välttämiseksi.
- Luodaan kiireetön ilmapiiri asukkaalle.
- Hyödynnetään positiivisesti hoitajan omaa persoonaa kanssakäymisessä.
- Vältetään ”hoivapuheen” käyttöä vuorovaikutuksessa asukkaan kanssa.

## **Omainen ja vuorovaikutus**

- Hyödynnetään omaisten tietoja asukkaan elämästä (elämänhistoria, vakaumus, kulttuuri, toiveet jne.).
- Hyödynnetään omaisten tietoa asukkaan eleiden tulkitsemisessa.
- Mahdollistetaan omaisten osallistuminen asukkaan hoitoon mahdollisuuksien mukaan.
- Hyödynnetään omaisten kokemuspohjaista tietoa asukkaan käytöksen muutoksien yhteydessä.
- Annetaan omaiselle realistinen kuva potilaan sairaudesta ja nykytilasta.
- Käsitellään loppuvaiheen dementiaan ja kuolemaan liittyvät asiat omaisten kanssa kunnioittavasti ja realistisesti.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Tämä opinnäytetyö tarkastelee kirjallisuuskatsauksen avulla muistisairauksien hoitoon kuuluvia osa-alueita hoitotyön kannalta. Näistä esille nousseista hoitotyön osa-alueista on myös muodostettu hoitotyön laatua arvioivat laatukriteerit.

Muistisairauksiin liittyviä julkaistuja tutkimuksia on tehty Suomessa runsaasti viimeisen 15 vuoden aikana, ja tämä tuli esille jo aineistohakua tehdessämme. Opinnäytetyöhön saimme mukaan useita pro gradu- tutkimuksia sekä tieteellisiä artikkeleita hoitotieteiden lehdistä. Vaikka käytössämme olleet tietokannat olivat kaikki suomalaisia, niin silti tunsimme, että saimme työmme aiheesta tarpeeksi kattavasti aineistoa.

Laatukriteerejä varten nousi kirjallisuudesta esiin useita tärkeitä kohtia: ympäristötekijät muistisairauksien hoitotyössä, viriketoiminta muistisairaanhoidotyössä, muistisairaana päivittäisten toimintojen hoitotyö, muistisairauksien käytösmuutosten hoitotyö, muistisairas ja vuorovaikutus sekä vuorovaikutus ja omaiset. Näiden otsikoiden pohjalta laadimme valmiit hoitotyön laatukriteerit.

Valmiista hoitotyön laatukriteereistä laadimme konkreettiset laatukriteerit, joita Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:n hoitajat, omaiset, opiskelijat sekä hallinnon henkilökunta voivat käyttää arviomaan hoitotyön laatua ja mahdollisesti puutteiden mukaan parantaa sitä.

### 9.2 Luotettavuuden arviointi

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää, että kirjallisuuskatsausta tehdessä on ollut mukana kolme tekijää. Kirjallisuuskatsauksen tekoon vaaditaan vähintään kaksi tekijää, jotta olemassa olevien tutkimusten käsittelyä ja valintaa voidaan pitää luotettavana (Johansson 2007, 6). Työssä on myös kuvattu elektronisen tiedonhakuprosessin suorittaminen tarkasti: mitä tietokantoja olemme käyttäneet, mitä hakusanoja olemme käyttäneet, kuinka monta osu-maa hakusanat ovat tuottaneet sekä kuinka monta tutkimusta työhön on otettu

mukaan. Tietoa tähän työhön on myös haettu manuaalisen tiedonhaun avulla, jotta tietoa työmme aiheesta saataisiin mahdollisimmat kattavasti (Johansson. 2007, 6). Tiedonhaun tueksi valitsimme sisäänottokriteerit työhömme hyväksyttävälle aineistoille. Täsmällisten sisäänottokriteerien noudattaminen vähentää systemaattisia virheitä (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48). Tiedonhakuprosessissa suoritimme elektronista tiedonhakua itsenäisesti kukin omilla hakusanoilla ja valitsemme tarkemmin tutkittavat aineistot sisäänottokriteerien, tiivistelmän ja sisällysluettelon perusteella. Opinnäytetyöhön valitsemamme aineistot kävi jokainen työntekijä läpi, jotta saisimme mahdollisimman luotettavasti aiheeseemme liittyvät aineistot mukaan työhön. Sisällönanalyysia suorittaessa mahdollisimman kattavan analyysin varmistaksemme kaikki työn tekijät kävivät läpi alan kirjallisuutta ja poimivat ylös nousseita käsitteitä, joita yhdisteltiin ja vertailtiin muiden kanssa

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta laskevia tekijöitä ovat pelkästään suomenkielisten hakusanojen käyttäminen sekä vain suomenkielisen aineiston käyttäminen. Optimaalisessa tilanteessa mukaan valittaisiin kaikilla kielillä olevat relevantit julkaisut, jotka tarvittaessa käännettäisiin. Tätä kuitenkin on ollut rajoittamassa työn tekijöiden rajalliset resurssit sekä rajallinen kielitaito (Pudas-Tähkä & Axelin. 2007, 49). Luotettavuutta heikentävä tekijä on myös se, että tiedonhakua suorittaessa on käytetty ”koko teksti saatavilla” - mahdollisuutta sekä osa tiedonhaussa esille nousseista osumista on ollut maksullisia aineistoja.

### 9.3 Hyödynnettävyys ja johtopäätökset

Tämä opinnäytetyö on tehty kehittämistyönä Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:lle, jonka tavoitteena on luoda hoitotyön laatukriteerit muistisairaankaan hoitotyössä. Tämän opinnäytetyön pohjalta syntyneitä laatukriteereitä voidaan hyödyntää hoitotyön laadun arvioinnissa ja kehittämisessä erilaisissa hoitolaitoksissa, joissa ollaan tekemisissä muistisairaiden asukkaiden tai potilaiden kanssa. Myös hoitoalan opiskelijat voivat hyödyntää laatukriteerejä kartuttaakseen tietojaan muistisairauksien hoitotyöhön liittyen.

Laatukriteerien käyttöönoton jälkeen olisi hyvä tutkia onko laatukriteerit aiheuttanut muutoksia hoitohenkilökunnan päivittäisiin hoitokäytäntöihin. Hyödyllistä



olisi selvittää, mitkä asiat ovat jo palvelutaloissa käytössä sekä missä kohdissa olisi vielä parannettavaa. Tämän voisi selvittää esimerkiksi yksinkertaisen kyselyn avulla. Kyselyn tulosten tarkastelun ja analysoinnin jälkeen osastoilla pystyttäisiin kiinnittämään huomioita niihin hoitotyön osa-alueisiin, joissa on vielä parantamisen varaa.

## LÄHTEET

- Antikainen, R., Konttila, T., Strandberg, T. & Virolainen, J. 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen Lääkärilehti 12/2013, 909–915.
- Doria.fi. 2015. Saatavissa: <http://www.doria.fi/handle/10024/7297> [viitattu 6.10.2015].
- Elo, S., Saarnio, R. & Isola, A. 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. Tutkiva Hoitotyö 3/2013, 17–25.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen, K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaana ihmisen ja hoitajan kohtaamista. Gerontologia 3/2013. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.xhalex-ng.kyamk.fi:2048/se/g/0784-0039/27/3/tietoisu.pdf> [viitattu 16.9.2015].
- Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Muistisairaana kuntouttava hoito. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2001. Dementoituvan hoitopolku. Helsinki: Tammi, Hygieia.
- Helminen, S. 2010. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät ja hoidon laadunhallinta pienissä, yksityisissä vanhainkodeissa – esimiesten näkökulma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81755/gradu04428.pdf?sequence=1> [viitattu 9.10.2015].

Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201311011841.pdf> [viitattu 17.9.2015].

Iivainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Isola, A., Mustonen, U. & Saarnio, R. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 1/2011, 46–56.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Johansson, K. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. 2007. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.

Karppinen, T. 2015. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/104460/TiinaKarppinenGradu2015Hoitotiede.pdf?sequence=2> [viitattu 6.10.2015].

Kivipelto, M., Ngandu, T. & Rusanen, M. Suomen Lääkärilehti. 42/2014. Elin-  
tapojen sekä sydän- ja keuhkosairauksien yhteys muistisairauk-  
siin. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalex-ng.kyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2014/SLL422014-2707.pdf> [viitattu 5.5.2015]

Koivuranta-Vaara, P. (toim.). 2011. Terveysthuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Saatavissa: <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf> [viitattu 7.10.2015].

Koskenrinteen esite: Koskenrinteen Kodit.Saatavissa: [http://www.esitteemme.fi/koskenrinne\\_\\_\\_/MailView/](http://www.esitteemme.fi/koskenrinne___/MailView/) [viitattu 20.3.2015].

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista.2012/980. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2> [viitattu 24.9.2015].

Leinonen, E. & Santala, M. Suomen Lääkärilehti 35/2002. Dementiapotilaan hankalien käytösoireiden hoitomahdollisuudet. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2002/SLL352002-3363.pdf> [viitattu 11.9.2015].

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2014. Vanhuksen parhaaksi: Hoitaja toimintakyvyn tukijana. 2. painos. Porvoo: Bookwell oy.

Melinda.kansalliskirjasto.fi. 2013. Opastus. Saatavissa: [http://melinda.kansalliskirjasto.fi/F/2LM5XQ4LF4YM7RBGUBKS9DGCQY2CJQ8R1NFA27NR9QQUS6C575-11443?func=file&file\\_name=ohje.htm](http://melinda.kansalliskirjasto.fi/F/2LM5XQ4LF4YM7RBGUBKS9DGCQY2CJQ8R1NFA27NR9QQUS6C575-11443?func=file&file_name=ohje.htm) [viitattu 6.10.2015].

Numminen, A., Eloniemi-Sulkava, U., Topo, P. & Valtonen, H. 2011. Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa?. Tieteessä Tapahtuu 6/2011. Saatavissa: <http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/view/4409/4147> [viitattu. 16.9.2015].

Paaso, I. 2013. Terveysteen liittyvä elämänlaatu muistisairauksien yhteydessä. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201306051502.pdf> [viitattu 16.9.2015].

Porre-Mutkala, P.2012. Hoidon laatu vanhainkodissa vanhusten ja omaisten kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83142/gradu05556.pdf?sequence=1> [viitattu 15.9.2015].

Pudas-Tähkä, S. & Axelin, A. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.

Qvick, L. 2008. Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80062/gradu03163.pdf?sequence=1> [viitattu 15.9.2015].

Stolt, M. & Routasalo, P. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.

Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Laadukkaat dementiapalvelut: Opas kunnille. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki. Kuntaliitto. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1) [viitattu 24.9.2015].

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 10/2008. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/xhalex-ng.kyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL10a2008-9.pdf> [Viitattu: 11.9.2015]

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yli-

opisto. Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1> [viitattu 16.9.2015].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tähtinen, H. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.

Vanhustenhuolto. 2013. Valvira. Päivitetty 2015. Saatavissa:

<http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/vanhustenhuolto> [viitattu 24.9.2015].

Virjonen, K. 2013. Muistin ongelmat: Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Juva: Bookwell oy.

## Liite 1.

Taulukko 2. Opinnäytetyöhön hyväksytyt tutkimukset

| Tekijä(t), vuosi ja tutkimus   | Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite  | Tutkimusmenetelmä  | Tutkimustulokset   |
|--|---|--|--|
| Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. | Tutkimuksessa kuvataan hoitajien toimintamalleja iäkkään muistisairaahan perushoitotyössä.                            | Kvantitatiivinen tutkimus, joka sisältää myös kvalitatiivisen osion. Tiedot kerätty kyselylomakkeen avulla. Analyysissä käytetty sisällön analyysiä. | Tutkimuksen mukaan pienemmillä osastoilla hoitajat toimivat taitavasti mallin mukaisesti, kun taas keskipiirillä ja suurella osastolla tätä esiintyy harvemmin. Tutkimuksessa myös todettiin, että työpaikkaansa tyytyväinen ja ammattitaitoinen hoitaja toimii taitavasti. Hoitajan kuormittuminen ja huono työhyvinvointi lisää robottimaista toimintaa. Myös hoitajan vähäinen työkokemus johtaa robottimaiseen ja hyljeksivään työtoteeseen. |
| Leinonen, E. & Santala, M. Dementiapotilaan hankalien käytösoireiden hoitomahdollisuus   | Artikkelissa on esitetty dementiapotilaiden eri käytösoireisiin, kuten aggressiivisuuteen, mäsennukseen ja psykoosiin | Tieteellinen artikkeli   |  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| det. Suomen Lääkärilehti 35/2002.<br>Tieteellinen artikkeli   | tisuuteen hoitomahdollisuuksia. Artikkelissa on tuotu esille lääkehoitoa, sekä lääkkeettömiä hoitomahdollisuuksia.  |   |   |
| Numminen, A., Elniemi-Sulkava, U., Topo, P. & Valtonen, H. 2011. Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa?. Tieteessä Tapahtuu 6/2011. Tieteellinen artikkeli. | Artikkelissa on tarkasteltu asukkaiden pitkäaikaishoitoa erityisesti elämänlaadun kannalta. Artikkelissa esitellään myös MielenMuutos-hanketta ja pitkäaikashoidon taloustieteellistä näkökulmaa. | Tieteellinen artikkeli  |   |
| Paaso, I. 2013. Terveysteen liittyvä elämänlaatu muistisairauksien yhteydessä. Pro gradu -tutkielma Oulun yliopisto. Humanistinen tiedekunta.                             | Tutkimuksen tarkoituksena onko muistisairaus elämänlaatua heikentävä tekijä. Elämänlaatua on tutkimuksessa tarkasteltu terveyteen liittyvänä elämänlaadun kannalta.                               | Haastattelututkimus, jonka analysointiin käytetty framework-menetelmää.   | Tuloksena, että muistisairaus ei suoraan heikennä elämänlaatua. Eniten elämänlaatuun vaikutti fyysinen terveys ja sosiaaliset suhteet |
| Pitkälä, K. 2004. Dementiaa sairastavan hoito ja seuranta avoterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 39/2004. Tieteellinen artikkeli.                                     | Artikkelissa käydään läpi dementiasairausten seurannassa ilmeneviä ongelmatilanteita ja niihin mahdollisia ratkaisuja.  | Tieteellinen artikkeli  |   |
| Porre-Mutkalla, P. 2012. Hoidon laatu vanhainkodissa vanhusten ja omaisten kokemana. Pro gradu –  | Tutkimuksen tarkoituksen oli tutkia vanhusten kokemaa hoidon laatua vanhainkodissa sekä henkilökunnan ja omaisten välistä yhteistyötä ja  | Tutkimusaineisto kerätty teemahaastatteluilla. Haastattelurunko jäsenneilty kehittämistoiminnan arviointimallin | Tutkimuksen mukaan vanhukset kokivat ystävällistä kohtelua ja henkilökunnan ammattitaitoiseksi. Henkilö-                              |



|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| tutkielma. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö..  | sen vaikutusta hoidon laatuun. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää vanhus-ten hoidossa ja omaisten kanssa käydyssä yhteistyössä.   | avulla. Analyysimenetelmänä sisällön analyysi.  | kunnan vaihtuvuus koettiin negatiiviseksi. Vanhukset kaipa-sivat tutkimuksen mukaan seuraa, ulkoilua ja omaisten käyntejä ja omaiset kaipasivat enemmän aikaa hoitajilta. Hoi-tajilta toivottiin myös aktiivisempaa roolia kommunikoinnissa.   |
| Qvick, L. 2008. Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotie-teen laitos.                              | Tutkimus kuvaa hoitajien kokemuksia dementoituvien potilaiden hoitotyön osaamisesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää demen-toituvien asiakkaiden hoitavien hoitoyhteisöjen perehdytyksessä ja kou-lutuksen suunnittelussa. | Tutkimus on laadul-linen joka koostuu henkilökunnan ryhmähaastattelus-ta. Analyysimene-telmänä sisällön analyysi. | Tulosten mukaan dementoituvan hoito-työn nähtiin vaativa-na ja siinä tarvitaan monipuolisia tietoja ja taitoja sekä oikeaa asennoitumista, jotta dementoituva ihmi-nen saa hyvää hoi-toa. Tutkimuksesta kävi ilmi, että osaava ja innostunut henki-lökunta haluaa kehit-tää hoitotyötä vas-taamaan paremmin potilaiden tarpeita. |
| Suhonen, J., Alhai-nen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppö-nen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sul-kava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. Hyvät hoitokäytän-nöt etenevien muis- | Artikkelissa kuvataan suositus muistisaira-an-potilaan hoitopolusta taudin diagnosoimisesta taudin vaikeaan vaihee-seen. Kuvattu suositus koostuu keskeisistä hy-vän hoidon kriteereistä, joista muodostuu muisti-potilaan jatkuva hoitoket-    | Tieteellinen artikkeli  |  |

|  |   |                                |   |
|--|---|--------------------------------|---|
| tisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 10/2008. Tieteellinen artikkeli  | ju.   |                                |   |
| Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaankäyttöoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu -tutkielma Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. | Tarkoitus kuvata vanhuspsykiatrisessa laitoshoidossa olevien muistisairaiden vanhusten käyttöoireita sekä toimintakykyä hoitointervention alussa ja sen päättyessä. Lisäksi tavoitteena on arvioida hoidon aikana tapahtuvia potilaan voinninmuutoksia. | Kvantitatiivinen tutkimus.     | Yleisimpiä käytösoireita potilailla olivat apaattisuus, masentuneisuus, levottomuus, aggressiivisuus sekä harhaluulot. Potilaiden MMSE-tulokset pysyivät hoitointervention jälkeen pääosin samana, mutta neuropsykiatristen oireiden yhteispiistemäärä väheni hoitjakson loppuun mennessä potilailla huomattavasti.                                       |
| Karppinen, T. 2015. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos.                    | Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vanhusien toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä osastonhoitajien näkökulmasta pitkäaikaishoidon yksikössä.  | Kuvaileva laadullinen tutkimus | Osastonhoitajien näkökulmasta fyysisen hoitoympäristön merkittävimpiä tekijöitä olivat itsenäisen toiminnan tukeminen, kun taas sosiaalisen hoitoympäristön merkittävimmät tekijät olivat myönteinen ilmapiiri, hoitohenkilökunnan osaaminen ja yksilöllisyys. Osastonhoitajat kokivat, että sosiaalinen hoitoympäristö oli kaikista ympäristön vaikutta- |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | vuuksista tärkein ja että sillä voitiin korvata mahdollisia fyysisen ympäristön puutteita. |
|--|--|--|--|

## Liite 2.

Taulukko 3. Opinnäytetyöhön manuaalisella haulla hyväksytyt tutkimukset

| Tekijä(t), vuosi ja tutkimus   | Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite  | Tutkimusmenetelmä                 | Tutkimustulokset   |
|--|---|-----------------------------------|--|
| Antikainen, R., Konttila, T., Strandberg, T., Virolainen, J. 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. | Artikkelissa kuvataan vaikean dementian loppuvaiheen hoitoratkaisuja, komplikaatioita, läheisten huomioimista sekä hoidon suunnittelua.   | Tieteellinen artikkeli            |  |
| Elo, S., Saarnio, R., Isola, A. 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaasta fyysisestä hoitoympäristöstä                          | Tutkimus kuvaa hoitajien näkökulmasta fyysisen hoitoympäristön vaikutusta ja miten se tukee pitkäaikaishoidossa olevan muistisairaahan henkilön turvallista ja omatoimista liikuttamista. Lisäksi tutkitaan hoitajien vastustusten eroja osastotyyteittäin liittyen ympäristön vaikutukseen muistisairaahan | Kyselytutkimus, sisällön analyysi | Muistisairaahan henkilön hyvä fyysinen hoitoympäristö edellyttää hoitohenkilökunnan valmiuksia arvioida ja kehittää hoitoympäristöä. Eri ammattialojen yhteistyö on tärkeää turvallisen hoitoympäristön luonnille, esimerkiksi hälytintjärjestelmien avulla. Hallittava hoitoympäristö vähentää muistisairaahan haastavaa käyttäytymistä |

|  | hoitotyössä.   |                                     | tä.  |
|--|--|-------------------------------------|--|
| Helminen, S. 2010. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät ja hoidon laadunhallinta pienissä, yksityisissä vanhainkodeissa - esimiesten näkökulma. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. | Tutkimuksessa kuvataan yksityisten vanhainkotien esimiesten näkökulmaa hoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi selvitetään pienten yksityisten vanhainkotien hoidon laadun hallinnan menetelmiä.                                    | Kvalitatiivinen tutkimus            | Tutkimuksen mukaan hoidon laatuun vaikuttivat hoitoympäristön ulkoiset puitteet, hyvinvoiva hoito-organisaatio sekä hoidon laadunhallinta.   |
| Saarnio, R., Mustonen, U., Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat  | Tarkoituksena kuvata hoitohenkilökunnan näkemyksiä laitoshoidossa olevien muistisairaiden vanhuksen käytösoireista, niiden esiintymismuodoista ja yleisyydestä. Lisäksi kuvata hoitajien toimintamalleja erilaisten käytösoireiden hoidossa. | Kyselytutkimus, aineiston analyysi. | Käytösoireet ilmenivät muistisairailla vanhuksilla yleisimmin muita vanhuksia häiritsevänä levottomuutena, aggressiivisena käytöksenä, sisäisenä levottomuutena sekä vähiten itseään vahingoittavana käytöksenä. Hoitohenkilökunnan yleisin toimintamalli oli ymmärtävä toimintatapa. Rajoitteiden käyttö oli myös yleistä, mutta epäammattillinen toimintatapa tutkimuksen mukaan harvinaisempaa. |

# Laatukriteerit muisti- sairaalan hoitotyöhön

Nämä laatukriteerit on laadittu kehittämistyöprojektina Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:lle tukemaan henkilökuntaa muistisairaiden asukkaiden hoitotyössä. Laatukriteerien sisältö perustuu Kymenlaakson Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman (Sairaanhoitaja AMK) vuoden 2015 opinnäytetyöhön ”Muistisaira asukkaan hoitotyön kehittäminen – Hoitotyön laatukriteerien laadinta Koskenrinteelle”.

Laatukriteerien avulla Koskenrinteen hoitohenkilökunta sekä hallinto voivat arvioida ja kehittää oman yksikön hoitotyön laatua. Nämä hoitotyön laatukriteerit pohjautuvat tutkittuun tietoon sekä kirjallisuuteen muistisairauksista ja muistisairauksien hoitotyöstä.

Laatukriteerit on jaoteltu kuuden eri pääotsikon alle, joista jokainen käsittelee muistisaira asukkaan jokapäiväiseen hoitotyöhön liittyvää aihealuetta. Näitä ovat:

1. Ympäristökijät muistisairauksien hoitotyössä
2. Viriketoiminta muistisaira asukkaan hoitotyössä
3. Muistisaira asukkaan päivittäisten toimintojen hoitotyö
4. Muistisairauksien käytösmuutosten hoitotyö
5. Muistisairas ja vuorovaikutus
6. Omainen ja vuorovaikutus

## 1. Ympäristötekijät muistisairauksien hoitotyössä

### Tilojen suunnittelu

- Tilat pidetään helppokäyttöisinä ja esteettöminä (esim. tavaroita ei säilytetä käytävillä).
- Tilojen tulisi olla helposti hahmotettavissa olevia ja avaria.
- Tilojen tulisi mahdollistaa liikkuminen ja omatoimisuus (esim. tukikaiteet ja tarttumaraudat).
- Keskeisiin paikkoihin pidetään lyhyet etäisyydet (esim. wc).
- Ympäristön pitäisi mahdollistaa ulkoileminen.
- Huomioidaan valaistus ympäristön suunnittelussa (esim. varjot voivat lisätä käytösoireita).
- Huomioidaan akustiikka ympäristön suunnittelussa (esim. ylimääräisten melun minimointi).
- Pintojen ja esineiden värit tulee pitää selkeinä ja kuvioinnit yksinkertaisina.
- Peilejä sijoitetaan vähän yleisiin tiloihin käytösoireiden välttämiseksi.
- Kodinomaisuus: omat vaatteet ja omat tavarat vähentävät oireilua (esim. juhlapyhien teeman mukainen koristelu).
- Ympäristön muuttumisen ja tavaroiden siirtely minimoidaan: tavaroiden siirtely pois omilta paikoiltaan aiheuttaa hämmennystä muistisairaalle ihmiselle.

### Ympäristön turvallisuus

- Ulospääsyreitit pidetään lukittuina.
- Vaaralliset esineet ja aineet säilytetään lukituissa tiloissa.
- Kanslian tulisi olla keskeisellä paikalla helpottaen valvontaa.
- Turvallisuuden apuvälineitä hyödynnetään (esim. liukumattomat kengät ja lonkkahousut).
- Huonekalujen tulisi olla turvallisia (ei esimerkiksi teräviä reunoja).
- Sängynlaitoja käytetään vain tarvittaessa, jotta asukas ei putoa korkealta kiivetessään laidan yli.

- Mattojen, kynnysten ja portaiden aiheuttamia vaaratilanteita ennaltaehkäistään.

## **2. Viriketoiminta muistisairaahan hoitotyössä**

Psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia tukeva viriketoiminta

- Huomioidaan asukkaan kyseisen päivän kunto ja vireystila ennen viriketoiminnan toteuttamista.
- Hyödynnetään hoitajien henkilökohtaisia taitoja ja vahvuuksia viriketoiminnan järjestämisessä (esim. musikaalisuus).
- Käydään avointa keskustelua asukkaan kanssa turvallisuudentunteesta ja peloista, joka voi vähentää käytösoireita.

Fyysistä hyvinvointia tukeva viriketoiminta

- Edesautetaan musiikilla ja laululla hoitajan ja asukkaan vuorovaikutusta myönteisesti.
- Mahdollistetaan asukkaalle arkisiin askareisiin osallistuminen mahdollisuuksien mukaan (esim. tiskaus tai siivous).
- Käytetään erilaisia pelejä ja kilpailuja muistisairaahan aktivointiin.
- Luodaan mahdollisuus liikuntaan ja ulkoiluun (erilaiset jumpat ja sisäliikunta hyviä tukemaan fyysistä jaksamista).

## **3. Muistisairaahan päivittäisten toimintojen hoitotyö**

- Annetaan asukkaalle mahdollisuus vaikuttaa itse hoitoonsa.
- Annetaan asukkaan tehdä itse mahdollisimman paljon oman jaksamisensa mukaan.
- Hoitajan roolin tulisi olla asukkaan tukeminen, kannustaminen ja auttaminen tarvittaessa sen verran kuin apua tarvitaan.
- Luodaan asukkaalle kiireetön ilmapiiri mahdollisuuksien mukaan.
- Ylläpidetään vuorokausirytmisiä ja selkeitä päivärutiineja.
- Käytetään kelloa ja kalenteria ajankulun hahmottamiseen.



- Käytetään helposti päälle puettavia vaatteita omatoimisuuden säilyttämiseksi.
- Wc- ja pesutilat merkitään selkeästi.

#### **4. Muistisairauksien käytösmuutosten hoitotyö**

- Syömisongelmien ilmentyessä suljetaan pois ensin muut syyt, kuten lääkityksen haitat ja muut sairaudet (esim. antikolinergiset lääkkeet voivat aiheuttaa suun kuivuutta ja kipulääkkeet ruokahaluttomuutta).
- Tarvittavia lääkkeitä käytetään vasta kun käytösoireet vaikuttavat potilaan selviytymiseen.
- Perusteeton rajoittaminen minimoidaan ja avuttomuuden korostamista vältetään.
- Selvitetään onko käytösoireiden takana esim. masennus, harhat, suru tai huoli asukkaan omasta tilanteesta.
- Käytösoireita hoidetaan ymmärtävällä toimintatavalla, kuten huumorin käytöllä, toiminnan järjestämisellä, lähellä olemisella ja koskettamisella rauhoittamiseksi.
- Rajoittavaa toimintaa toteutetaan tarpeen mukaan (esim. huoneeseen vienti tai rauhoittava lääkitys).
- Tarjotaan asukkaalle tunne- ja virikepainotteisia terapioita sekä käytöstä muokkaavaa terapiaa ja ryhmätoimintoja.
- Aggressioita laukaisevia tilanteita kartoitetaan ja ennaltaehkäistään mahdollisuuksien mukaan.

## 5. Muistisairas ja vuorovaikutus

- Luodaan asukkaalle vuorovaikutuksella turvallinen olo ja mahdollisuus tuntea itsensä arvostetuksi.
- Hoitajan tulisi olla perillä asukkaan sairaushistoriasta, persoonallisuudesta, elämänhistoriasta sekä omata hyvä tilanteenlukutaito konfliktien välttämiseksi.
- Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja asukkaan kanssa käydään tassa-arvoista kanssakäymistä muistisairauden tila ja vaihe huomioiden.
- Tiedostetaan omat ilmeet ja eleet hoitotilanteissa väärinymmärrysten välttämiseksi.
- Luodaan kiireetön ilmapiiri asukkaalle.
- Hyödynnetään positiivisesti hoitajan omaa persoonaa kanssakäymisessä.
- Vältetään "hoivapuheen" käyttöä vuorovaikutuksessa asukkaan kanssa.

## 6. Omainen ja vuorovaikutus

- Hyödynnetään omaisten tietoja asukkaan elämästä (elämänhistoria, vakaumus, kulttuuri, toiveet jne.).
- Hyödynnetään omaisten tietoa asukkaan eleiden tulkitsemisessa.
- Mahdollistetaan omaisten osallistuminen asukkaan hoitoon mahdollisuuksien mukaan.
- Hyödynnetään omaisten kokemuspohjaista tietoa asukkaan käytöksen muutoksien yhteydessä.
- Annetaan omaiselle realistinen kuva potilaan sairaudesta ja nykytilasta.
- Käsitellään loppuvaiheen dementiaan ja kuolemaan liittyvät asiat omaisten kanssa kunnioittavasti ja realistisesti.